

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P DE ENFERMERÍA

**Actitud de los pacientes con tuberculosis hacia su
condición de multidrogorresistente en el Centro de
Salud Fortaleza, 2008**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería

AUTOR

Edson Eduardo Bravo Chaupis

ASESORA

Mery Montalvo Luna

Lima – Perú

2008

A Dios, Todopoderoso:
Por darme tanta dicha
en la vida y permitirme
llegar hasta aquí.

A mis padres y hermanos
quienes son mi principal
apoyo y el motor que me
mueve a superarme no solo
como futuro profesional sino
como persona

A la Lic. Mery Montalvo por
guiarme Durante el desarrollo
de la tesis; Y demostrarme
con el ejemplo Como debe
ser un enfermero
sanmarquino

A Dios por haberme puesto
En el camino de una linda
Persona que me brindo
mucho Amor y comprensión:
Cynthia. Que me apoyo
bastante cuando Más lo
necesitaba.

A mis amigos que siempre
Me acompañaron todos estos
años; siempre los recordare
con mucho cariño. Y que me
faltarían las palabras para
agradecerles

A la Lic. Libia, lic. Ysella y a
los Pacientes de Fortaleza
por acogernos Como colegas
y amigos durante la rotación

**ACTITUD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA
SU CONDICION DE MULTIDROGORRESISTENTE EN EL
CENTRO DE SALUD FORTALEZA
ENERO – FEBRERO
2008**

ÍNDICE

PÁG.

ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	v
-------------------------	---

RESUMEN.....	vi
--------------	----

PRESENTACIÓN.....	1
-------------------	---

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

A. Planteamiento del Problema.....	3
B. Formulación del Problema.....	9
C. Justificación.....	9
D. Objetivos.....	10
E. Propósito.....	10
F. Marco Teórico	
F.1. Antecedentes.....	11
F.2. Bases Conceptuales.....	14
G. Definición Operacional de Términos.....	31

CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODO

A. Tipo, método y nivel de la investigación.....	32
B. Área de Estudio.....	32
C. Población y muestra	34
D. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.....	35
E. Validez y Confiabilidad.....	36
F. Procedimiento, Análisis e Interpretación de datos.....	36
G. Equipo, Material y Recursos humanos disponibles.....	37
H. Consideraciones Éticas.....	38

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	39
--	-----------

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES.....	50
B. RECOMENDACIONES.....	51
C. LIMITACIONES.....	52

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		PÁG.
1	GRUPO ETAREO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL C.S. FORTALEZA	40
2	ACTITUDES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORESISTENTE EN EL C.S. "FORTALEZA"	42
3	ACTITUDES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORESISTENTE COMPONENTE COGNITIVO EN EL C.S. "FORTALEZA"	44
4	ACTITUDES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORESISTENTE COMPONENTE AFECTIVO EN EL C.S. "FORTALEZA"	46
5	ACTITUDES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORESISTENTE COMPONENTE CONDUCTUAL EN EL C.S. "FORTALEZA"	48

PRESENTACIÓN

La Tuberculosis como se menciona en muchos textos es una enfermedad que en la actualidad representa un grave problema de salud pública. Si bien se encontraba bajo control, ha reemergido con gran fuerza. Alrededor de 1.5 millones de personas a nivel mundial fallecen por esta causa (1). Así mismo es reconocida como amenaza global por el incremento de la multidrogorresistencia, y su conexión con otras epidemias.

La persona con Tuberculosis en especial con Tuberculosis Multidrogoresistente tiende a experimentar una serie de **actitudes** hacia su enfermedad, como son: aceptación de la enfermedad, depresión, esperanza, angustia y muchas otras actitudes que dependerán mucho de la persona. Dichas actitudes influirán ya sea positivamente o negativamente en el cumplimiento del tratamiento que reciben en estos momentos.

El presente estudio de investigación surgió de la observación realizada a los pacientes con tuberculosis durante la práctica comunitaria, la cual motivo y despertó la curiosidad para abordarlo. Ya que el paciente con tuberculosis es una persona que sufre muchos cambios en sus estilos de vida una vez que ha sido diagnosticado con esta enfermedad; más aún si es que le diagnostican TBC MDR que es una forma más resistente de la TBC y en donde su recuperación tardara mucho más tiempo; así como también mucha fuerza de voluntad para cumplir con el tratamiento.

Este trabajo de investigación tiene como objetivo general determinar las actitudes de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente en el Centro de Salud Fortaleza para que de esta manera el personal de salud brinde los cuidados necesarios y adecuados a los pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente.

Es importante mencionar que el presente trabajo de investigación tiene Cinco Capítulos siendo el **Capítulo I**, que lleva por título: **Introducción** donde se plantea todo lo referente al Problema de Investigación que va desde el planteamiento, formulación, objetivos, propósito hasta el marco teórico que consiste en los antecedentes y la base teórica. En el **Capítulo II**, corresponde al **Material y Métodos**; siendo esto la parte empírica del trabajo. En el **Capítulo III**, referido a los **Resultados y Discusión**. En el **Capítulo IV** que son las Conclusiones, Recomendaciones, y Limitaciones. Así mismo se agrega las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

RESUMEN

El presente estudio titulado: **“ACTITUDES DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS HACIA SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORESISTENTE EN EL C.S. FORTALEZA. LIMA PERÚ. 2008”**, tiene como objetivos determinar las actitudes de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente e Identificar las características de cada uno de los componentes como son: cognitivo, afectivo y conductual. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPYCTB) del C.S. “Fortaleza”. Los resultados fueron que del 100% (20), 70% (14) de los pacientes presentan actitudes medianamente favorables hacia su condición de MDR. En el componente Cognitivo un 45% (9) de los pacientes presentan un conocimiento medianamente favorable acerca de la enfermedad. En cuanto al componente Afectivo un 50% (10) de los pacientes presentan sentimientos medianamente favorable acerca de su condición multidrogoresistente. En el Componente Conductual un 45% (9) de los pacientes presentan conductas medianamente favorables. Por lo que se concluye que la actitud de los pacientes con Tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistencia es de indiferencia ya que en todos los componentes presentan actitudes medianamente favorables hacia su enfermedad.

Palabras Claves: Paciente con Tuberculosis Multidrogoresistente, Actitud hacia su Condición Multidrogoresistente, Componentes (cognitivo, afectivo y conductual) de las Actitudes.

SUMMARY

The present titled study: "ATTITUDES OF THE PATIENT WITH TUBERCULOSIS TOWARD THEIR CONDITION DE MULTIDROGORESISTENTE IN THE C.S. STRENGTH. LIMA PERU. 2008", he/she has as objectives to determine the attitudes of the patients with tuberculosis toward their multidrogorresistente condition and to identify the characteristics of each one of the components as they are: cognitive, affective and behavioral. The study is of level applicative, quantitative type, descriptive method of cross section. The population was conformed by all the patients of the National Sanitary Strategy of Prevention and Control of the Tuberculosis (ESNPYCTB) of the C.S. "Strength". The results were that of 100% (20), 70% (14) of the patients they present fairly favorable attitudes toward their condition of MDR. In the Cognitive component 45% (9) of the patients they present a fairly favorable knowledge about the illness. As for the Affective component 50% (10) of the patients they present fairly favorable feelings about their condition multidrogoresistente. In the Behavioral Component 45% (9) of the patients they present fairly favorable behaviors. For what you conclude that the attitude of the patients with Tuberculosis toward its multidrogoresistencia condition is since of indifference in all the components they present fairly favorable attitudes toward its illness.

Keywords: Patient with Tuberculosis Multidrogoresistente, Attitude toward their Condition Multidrogoresistente, Components (cognitive, affective and behavioural) of the Attitudes.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad conocida también con el término “consunción” o “tisis” (enfermedad que consume) y también como la “plaga blanca” que ha afectado a la humanidad por milenios. Es una enfermedad que hoy en día se ha convertido en un problema a nivel mundial especialmente en países en proceso de desarrollo como es el Perú. (2)

La TBC es una enfermedad causada por un organismo denominado *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*), también conocido como bacilo tuberculoso o bacilo de Koch. Por lo general, el *M. Tuberculosis* afecta los pulmones y en dicho caso la enfermedad se denomina TBC pulmonar (TBCP), cuyos principales signos y síntomas son: tos con expectoración, sudoración nocturna, pérdida de peso, fiebre, dificultad para respirar y hemoptisis.

Las personas que padecen de TBC pulmonar propagan en el aire los bacilos tuberculosos a través de la tos, el estornudo, al gritar o cantar, por medio de gotitas de saliva diminutas (menos de 5 micras) las cuales pueden transmitir la enfermedad a las personas que están a su alrededor y las inhalan. Esta enfermedad compromete otros órganos aparte de los pulmones en estos casos se la denomina TBC extrapulmonar. Normalmente este tipo

de TBC no es contagiosa. Muchas veces la TBC pulmonar y TBC extrapulmonar afectan a una persona al mismo tiempo. (3)

Hasta la década de 1940 no había cura para la TBC y hasta mediados del siglo diecinueve la gente seguía pensando que la TBC era hereditaria. No se daban cuenta de que se podía propagar de persona a persona a través del aire. En 1865 un cirujano francés, Jean- Antoine Villemin, probó que esta enfermedad era contagiosa y en 1882 un científico alemán, llamado Robert Koch, descubrió la bacteria que causaba la TBC. Tuvo que pasar medio siglo para que se descubrieran los fármacos que podían curar la TBC. En 1943 llegó un gran adelanto. Un estudiante llamado Albert Schatz descubrió un fármaco (Estreptomina) que podía matar a la bacteria. Entre 1943 y 1952, se encontraron dos o más fármacos que podían matar a la bacteria. Durante los años 1980 eran pocos e insuficientes los tratamientos para el total de pacientes diagnosticados. Por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró en 1993 a la TBC como una “emergencia global”, reconociendo así su creciente importancia como un problema de salud pública. Aproximadamente un tercio de la población del mundo se encuentra infectada con *M. tuberculosis*. En el año 2004 se estimó que había en el mundo 8,9 millones de casos nuevos de TBC, con 1,7 millones de muertes.

La muerte por TBC representa el 25% del total de muertes evitables en los países en vías de desarrollo. Alrededor del 95% de los casos de Tuberculosis y 98% de muertes por Tuberculosis ocurren en los países en vías de desarrollo. El 75% de los casos que se presentan en estos países están dentro del grupo en edad económicamente activa (de 15 a 50 años). En 1989 el Perú fue declarado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como país en situación de extrema severidad respecto de la TBC. El país tenía la más alta tasa de morbilidad e incidencia de América, de acuerdo a lo evaluado por la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS). (4)

En el año 1991, el MINSA por medio del, en ese entonces, “Programa Nacional de Control de Tuberculosis”, organizó y publicó la “Doctrina, Normas

y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú”, con el fin de estandarizar el manejo de pacientes con TBC. Lo cual se plasmo en el “Manual del Manejo de la Tuberculosis. Capacitación para el Personal del Establecimiento de Salud”. En el Perú, 15 años después y luego de muchos esfuerzos lograron un descenso en las tasas de incidencia de la TBC de más de un 50%, acompañan a este descenso en las tasas de morbilidad del país el énfasis en controlar la TBC en los grupos de alta incidencia, principalmente en las 5 Direcciones de Salud (DISAs) de Lima y Callao, las cuales se ubican en las Áreas de Elevado Riesgo de Transmisión de la TBC (AERTB), principalmente en los conos del departamento de Lima.

Para el año 2004, el 58,3% del total de casos diagnosticados correspondió a estas 5 DISAs. Al interior del país las siguientes Direcciones Regionales de Salud (DIRESA): La Libertad, Loreto, Arequipa, Ica y Junín, son las que reportan el mayor número de personas con Tuberculosis. (5)

A nivel nacional el grupo etéreo más afectado sigue siendo el comprendido entre las edades de 15 a 55 años, con una tendencia a incrementarse en los menores de 14 años.

La Tuberculosis Multidrogoresistente (TBC-MDR) es causada por el organismo *M. tuberculosis* que no muere frente a un fármaco en una prueba del laboratorio; es resistente, por lo menos, a los dos fármacos de primera línea más eficaces para el tratamiento de la TBC (isoniazida y rifampicina). La Tuberculosis MDR tiene tres características importantes que dificultan su manejo:

1. Es mucho más difícil detectar, se requiere de un cultivo y acceso a pruebas de sensibilidad especiales.
2. Las estrategias para manejarla son más complejas y requieren más recursos logísticos y económicos que el manejo de la Tuberculosis sensible la que no tiene resistencia a los fármacos antituberculosos.

3. El tratamiento requiere de múltiples fármacos con potenciales y mayores reacciones adversas, los cuales deben ser administrados por periodos muy largos (de 18 a 24 meses o más).

Existen dos diferentes tipos de resistencia a fármacos: primaria y secundaria (adquirida). La causa de **la resistencia primaria** es la transmisión de organismos multidrogoresistentes de persona a persona. **La resistencia secundaria** se desarrolla durante el tratamiento de TBC, ya sea porque no se trató al paciente con el esquema de tratamiento apropiado, o debido a que el paciente no sigue el esquema de tratamiento tal como se le prescribió. (6)

En 1996, el MINSA inició sus actividades de apoyo al tratamiento de pacientes con Tuberculosis MDR a través de un convenio entre el PNCT del MINSA y una organización no gubernamental: Socios en Salud Sucursal Perú. El Perú, en atención a la intensa labor realizada durante este periodo, ha sido un modelo de lucha eficaz contra la TBC, por ello, recibió el reconocimiento público del Director General por desarrollar uno de los mejores programas de control de la TBC y además, para el caso de la Tuberculosis MDR, es uno de los más avanzados en el tratamiento de pacientes con este tipo de enfermedad.

En el Perú a nivel nacional fueron detectados 35 mil casos de TBC durante el año 2006, notificados por todos los establecimientos del Ministerio de Salud y aunque con respecto al año 1992 donde se detectaron 60 mil casos de esta enfermedad se observó una disminución de los mismos, todavía el Perú ocupa el tercer lugar de mayor incidencia de esta enfermedad en el mundo, señalando esto la Lic. En Enfermería Nelly Zarate Isidro responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPYCTB) de la DISA IV LIMA ESTE. Preciso que hasta el año 2005 se notificaron 5 casos de multidrogoresistentes, siendo estos casos los más peligrosos y necesitan una atención especial, hasta el año pasado (2004) ya se habían detectado en el Perú 2, 200 casos e indicó que aunque el tratamiento de la TBC es gratuito, el costo por paciente en el esquema I es de 30.00 dólares por persona y para el paciente multidrogoresistente (MDR) es

de 4,000 a 5,000 dólares. Anotó también que el gobierno central destinó entre los años 1,991 a 1,995; 3 millones de nuevos soles para el tratamiento de esta enfermedad.

Como toda enfermedad, la TBC se presenta en la vida de las personas como un conjunto de dolores físicos y limitaciones en las funciones y capacidades. Al igual que otras enfermedades crónicas de difícil curación (por ejemplo, el cáncer), aparece como una amenaza de muerte, pero adicionalmente, por los problemas de contagio y el estigma social, tener esta enfermedad convierte a los pacientes, ante sus propios ojos o los de los otros, en una especie de “peligro publico”. Por estas razones, la enfermedad desencadena en el paciente una serie de transformaciones en su vida cotidiana y en sus relaciones. El dolor y las molestias físicas inducen cierta regresión en las personas. Generan en ellos la necesidad de ser protegidos por otras personas, que generalmente responden brindando cuidado y atención especial, orientados a mitigar el dolor y las molestias físicas.

Es una enfermedad contagiosa por proximidad de persona a persona, o contagio inmediato. Desde esta perspectiva se explica el temor de muchas personas de ser contagiadas y de allí la actitud o acción de poner distancia, con diferentes grados de sutileza y maltrato.

En términos emocionales, el tratamiento para la TBC-MDR funciona como un “paquete” compuesto por muchos factores, tanto físicos como emocionales. Por un lado, el tratamiento representa la “esperanza de curarse”, lo cual requiere un conjunto de esfuerzos terapéuticos y tomar las medicinas también requiere del paciente tolerar una variedad de molestias físicas y efectos colaterales de los medicamentos. El tratamiento también implica cambios en las relaciones sociales y afectivas, debido a cambios en los roles e interacciones con otros pacientes, con el personal de salud, etc.

Alvarado (1985), dice con respecto al soporte social que es la ayuda importante que en situaciones de perdida o de crisis proviene de parte de

Instituciones o personas con el que el sujeto está relacionado. El soporte social actúa a manera de amortiguador entre los eventos estresantes de la vida y la enfermedad, hay evidencia entonces para sugerir que un cohesivo y suficiente soporte social podría favorecer el pronóstico de mejoría del enfermo. Un buen soporte social no sólo sería un factor externo facilitador de salud mental, sino que también lo sería por la formación interiorizada de un sentido de "sí mismo" seguro y positivo en los sujetos. El tener una red social tupida o un fuerte soporte social implica que el sujeto tiene varios roles para fortalecerse así mismo y dar un sentido reforzante y positivo a su vida.

Según la opinión de Durkheim, los pacientes multidrogoresistentes comparten significaciones sociales, representaciones colectivas como normas, valores, antivalores, ideas, prácticas, tradiciones, expresadas a través de un lenguaje simbólico como las jergas. Moscovici en cambio, reemplaza el término colectivo por social, dándole cuatro elementos básicos: lo que "yo sé", lo que "yo veo", lo que "yo creo" y lo que "yo siento", dimensionándolas en información o volumen de conocimientos así como la actitud que expresa la orientación general positiva o negativa en este caso frente a su condición de ser multidrogoresistente a la TBC. (7)

Por ello la persona con TBC-MDR está expuesta a experimentar muchos sentimientos de manera que afectan su estado emocional influyendo estos en sus actitudes frente a su diagnóstico de TBC-MDR y las expectativas que tienen.

El presente trabajo de investigación surgió durante la interacción con algunos pacientes TBC-MDR de la ESNPYCTB del Centro de Salud "Fortaleza", que manifestaron: "(...)yo sé que tomando todas estas pastillas y la ampolla me curaré, por ahora tengo que soportar todo esto si quiero que mis hijos y mi familia no se contagien(...)"; "(...)me gustaría irme a mi pueblo pero no puedo, sí quiero curarme tengo que quedarme y hacer caso a lo que dice el médico, las enfermeras(...)"; "(...)no quisiera que se enteren mis familiares que tengo esta enfermedad, de repente se alejan de mí(...)";

“(...)esto me pasa por haber trabajado tanto sin comer, había días que solo cenaba(..)”.

Se percibió en ellos una serie de actitudes acerca de su enfermedad que van desde actitudes positivas como son la esperanza en su recuperación, el cumplimiento del tratamiento hasta actitudes negativas como la tristeza, la depresión e ideas de abandonar el tratamiento, etc.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se formula el problema en la siguiente interrogante:

¿CUAL ES LA ACTITUD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA SU CONDICION DE MULTIDROGORESISTENTE EN EL CENTRO DE SALUD FORTALEZA?

C. JUSTIFICACIÓN

La enfermera al ser el profesional encargado de las diferentes estrategias sanitarias en la comunidad debe poseer no solo los conocimientos necesarios sino también ser capaz de interpretar lo que el paciente siente ante la enfermedad que esta padeciendo y de esta manera brindar los cuidados necesarios especialmente en los pacientes con TBC-MDR ya que la persona al tener esta enfermedad, recibe tratamiento, fracasar con el esquema indicado ; y recibir un tratamiento más fuerte, crea en la persona una serie de dudas y temores que pueden afectar seriamente su bienestar psicológico.

Por ello es de vital importancia que la enfermera este capacitada en identificar oportunamente a través de la entrevista y observación las actitudes de los pacientes ante su proceso de enfermedad; para que de esta manera proponga la solución más adecuada y brinde el apoyo y consejería necesaria.

D. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ♦ Determinar las actitudes de los pacientes con TBC hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro de Salud Fortaleza

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ♦ Identificar las características del componente cognitivo de los pacientes con TBC hacia su condición de multidrogoresistente
- ♦ Identificar las características del componente afectivo de los pacientes con TBC hacia su condición de multidrogoresistente
- ♦ Identificar las características del componente conductual de los pacientes con TBC hacia su condición de multidrogoresistente

E. PROPÓSITO

Con los datos que se obtengan en esta investigación se pretende que el personal de salud evidencie las principales actitudes que presentan los pacientes de la ESNPYCTB para que puedan tomar conjuntamente con el equipo de salud las medidas necesarias para implementar y mejorar más esta estrategia en su centro de salud.

F. MARCO TEÓRICO

F.1. .ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Entre los antecedentes en nuestro país podemos citar los siguientes:

El informe final de la investigación del Dr. Jave Castillo, Oswaldo; titulado: “La tuberculosis multirresistente en el Perú”, estudio auspiciado por Foro Salud y el Consorcio de Investigación Económica y Social. Presentado en el año 2003 en el Perú.

Tiene como objetivo revisar el estado actual de la situación de la TBC MDR en el Perú y el mundo.

Este estudio es un estudio retrospectivo descriptivo u observacional, de revisión no sistemática de la información bibliográfica más relevante, respecto a la situación mundial y peruana de la Tuberculosis en general, con énfasis en la Tuberculosis multirresistente. (8)

Cuyas conclusiones fueron:

- ✓ Los estudios multicéntricos realizados con la coordinación de OMS/UICTER en 1996 y 1999 muestran que la proporción de TBC drogoresistente y multirresistente en el Perú está por encima de los promedios mundiales y que se encuentra en incremento.
- ✓ ... En 1996, aparentemente sin respaldo de expertos nacionales, el programa decidió aplicar monoterapia a pacientes que habían fracasado al primer tratamiento. Asimismo no se permitió que, en función del principio de precaución, tuvieran acceso a la prueba para detectar resistencia y multirresistencia. Los resultados de los estudios anuales sobre dicho tratamiento aplicado a los casos de fracaso, indicaban que la proporción de fracasos por segunda vez se iba incrementando año tras año, llegando oficialmente a casi 50%, aunque en algunas regiones llegó hasta 70%. Los enfermos con Tuberculosis multirresistente no fueron informados que participaban en un estudio multicéntrico internacional.
- ✓ En promedio aproximado, durante la década de los años 1990, el Perú gastó más de US\$ 1.000 MILLONES en control de Tuberculosis, la mayor parte de la cual fue asumida por la sociedad civil, seguida por las familias de los afectados y apenas 4,5% por el programa de TBC.

Torres Uría, Margarita; realizó en el Perú, en el año 2002 una investigación sobre “Estudio Comparativo en Enfermos con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo de los Grupos Nunca Tratados, Antes Tratados y Crónicos en sus Niveles de Depresión y Soporte Social”. Cuyo objetivo fue conocer los niveles de depresión, soporte social y la relación entre estos, que presentan los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo (TBCP-FP). El estudio se realizó utilizando el diseño descriptivo comparativo y correlacional, para lo cual se trabajó con una muestra de 175 sujetos del sexo masculino diagnosticados con TBCP-FP, que asisten al Programa de Control de Tuberculosis en cuatro DISAs, a quienes se les aplicó el inventario de depresión de Beck y la Escala de soporte social de Flaherthy, Gaviria y Pathak, llegando a las siguientes conclusiones:

- ✓ Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión en los tres grupos de enfermos con TBCP-FP. Los enfermos TBCP-FP crónicos en su mayoría presentan síntomas depresivos de moderado a severo, asociándose esto a los largos años con tuberculosis y el escaso soporte social.
- ✓ En los enfermos TBCP-FP nuevos y antes tratados los síntomas depresivos son leves a moderados, los que también se asocian a la enfermedad y el bajo soporte que le brinda la red social.
- ✓ El soporte social en la mayoría de la muestra estudiada alcanza el nivel bajo. La muestra percibe que tiene mayores redes de soporte social de las que efectivamente tiene. Así mismo, la necesidad de soporte es mayor que la satisfacción obtenida. Los enfermos TBCP-FP crónicos cuentan con una red mínima de soporte, alguno de ellos ya fue abandonado por la familia, esto genera en ellos frustración, retracción social y depresión.
- ✓ Las representaciones sociales que hace el enfermo TBCP-FP de su enfermedad y las que hace la red social se constituyen en *factores predisponentes para no brindar el soporte social efectivo*; lo que lleva al enfermo a intensificar sus síntomas depresivos, tener baja autoestima y déficit en la interacción social. Así mismo, se observa que existe una correlación significativa moderada alta e inversa entre la depresión y el soporte social.
- ✓ Debido a que las redes sociales no están cumpliendo con sus funciones soportivas en situaciones de crisis. Entonces *se intensifican los síntomas depresivos en los enfermos con TBCP-FP*, especialmente en los crónicos. El déficit en la interacción social que presenta la muestra se debe a que son

conscientes de no poder ser recíprocos con la red social, a esto se suma el deficiente apoyo práctico que obtiene y la escasa disponibilidad que la familia tiene en situaciones de crisis. Ante esta realidad el enfermo TBP-FP se retrae socialmente, intensifica sus cogniciones negativas a cerca de su propia valoración, con un futuro catastrófico, intensificándose entonces los síntomas depresivos. (9)

Rojas Tello, Gladys; realizo en el Perú, en el año 2005 un estudio titulado: “Actitudes de la Familia hacia el Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en el C.S. Tablada de Lurin”, cuyo objetivo general fue determinar las actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la TBPC. (10) Este fue un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, prospectivo de corte transversal. Utilizo la entrevista y el instrumento el cuestionario basado en Escala Likert modificada.

Llego a las siguientes conclusiones:

- ✓ Existe un 62.5% de personas que tienen una actitud de grado de intensidad aceptación, un 37.5% con indiferencia hacia el diagnóstico y tratamiento con un porcentaje significativo de dirección positiva (100%) relacionados a aspectos clínicos... esta actitud va a contribuir a que genere una situación ideal de soporte emocional y esto va ser base para un buen afrontamiento.
- ✓ Existe un 68.75% que tiene una actitud de aceptación, 31.25% una actitud de indiferencia y un porcentaje significativo (100%) de dirección positiva hacia el oportuno diagnóstico, esta actitud va a contribuir positivamente para el rápido inicio del tratamiento.

Ramírez Carrascal, Henry; en el Perú, en el año 2002 realizo un estudio titulado: “Representaciones Sociales del Paciente MDR a la Tuberculosis Pulmonar en el C.S. Conde de la Vega Baja. Cercado de Lima”, cuyo objetivo fue comprender las representaciones sociales de los pacientes acerca de su condición MDR a la TBC pulmonar. Dicho estudio es de nivel descriptivo-exploratorio-transversal, y utilizo el método de la etnografía activa. (11)

Dentro de las consideraciones finales tenemos:

- ✓ Permitió identificar la objetivación de los pacientes referente a condiciones estudiada esta revela que para los pacientes la objetivación esta configurada como

- Sentimientos emergentes acerca de su condición MDR.
 - El ocultamiento para la aceptación de los otros.
 - Una mirada entre ellos.
 - El dilema: “Mi familia primero”
 - Conviviendo con el enemigo.
- ✓ El anclaje esta estructurada directamente a sus vivencias como protección de su familia, ocultamiento de la enfermedad, observando a los demás pacientes como ellos mismos.
 - ✓ Las representaciones sociales que el paciente percibe de su condición MDR queda reflejado como: Ocultando al enemigo.

F.2. BASES CONCEPTUALES

1. HISTORIA LA TUBERCULOSIS

La TBC es una enfermedad conocida también con el término “consunción” o “tisis” (enfermedad que consume) y también como la “plaga blanca” que ha afectado a la humanidad por milenios. Hasta la década de 1940 no había cura para la TBC. Para muchas personas un diagnóstico de TBC era una sentencia de muerte lenta. Hasta mediados del siglo XIX la gente seguía pensando que la TBC era hereditaria. No se daban cuenta de que se podía propagar de persona a persona a través del aire. En 1865 un cirujano francés, Jean- Antoine Villemin, probó que la TBC era contagiosa y en 1882 un científico alemán, llamado Robert Koch, descubrió la bacteria que causaba la TBC. Tuvo que pasar medio siglo para que se descubrieran los fármacos que podían curar la TBC. (12)

Mientras tanto, muchas personas con Tuberculosis fueron enviadas a sanatorios o casas de reposo especiales donde seguían una rutina prescrita diariamente. Nadie sabía si los sanatorios realmente ayudaban o no a la gente con enferma; incluso si hubiera sido así, muchas personas con TBC no podían darse el lujo de ir a un sanatorio y morían en sus hogares.

Durante los años ochenta eran pocos e insuficientes los tratamientos para el total de pacientes diagnosticados.

En 1989 el Perú fue declarado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como país en situación de extrema severidad respecto de la TBC. El país tenía la más alta tasa de morbilidad e incidencia de América, de acuerdo a lo evaluado por la OPS y la OMS.

En el año 1991, el MINSA por medio del, en ese entonces, “Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT)”, organizó y publicó la “Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú”, con el fin de estandarizar el manejo de pacientes con TBC. También decidió implementar la estrategia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course siglas en inglés de Tratamiento Acortado Directamente Observado-TAES), recomendada por la OMS para el control de la TBC. (13)

En 1996, el MINSA inició sus actividades de apoyo al tratamiento de pacientes con TBC-MDR a través de un convenio entre el PNCT del MINSA y una organización no gubernamental: Socios en Salud Sucursal Perú; ofrecieron, inicialmente, cobertura medicamentosa en el Hospital Sergio Bernales del cono norte de Lima y luego lo extendieron a otros lugares del país.

El Perú, en atención a la intensa labor realizada durante este periodo, ha sido un modelo de lucha eficaz contra la tuberculosis. Por ello, recibió el reconocimiento público del Director General de la OMS en la sesión inaugural del Segundo Forum de Asociados “Alto a la Tuberculosis” que tuvo lugar el 24 de marzo del 2003 en Nueva Delhi, India. Hoy en día, el Perú es reconocido por desarrollar uno de los mejores programas de control de la TBC y además, para el caso de la TBC-MDR, es uno de los más avanzados en el tratamiento de pacientes con este tipo de TBC.

2. LA TUBERCULOSIS

La TBC es una enfermedad causada por un organismo denominado *M. tuberculosis*, también conocido como bacilo tuberculoso o bacilo de Koch. Por lo general, el *M. Tuberculosis* afecta los pulmones y en dicho caso la enfermedad se denomina tuberculosis pulmonar. A nivel mundial y en cada país, la TBC pulmonar es el tipo más común de tuberculosis.

Los síntomas incluyen los siguientes:

- Tos con expectoración (flema)
- Pérdida de peso
- Fiebre
- Sudoración
- Cansancio
- Dolor en el pecho o de espalda
- Dificultad para respirar
- Hemoptisis (expectoración de sangre)

Cuando la persona que padece TBC pulmonar tose, estornuda, grita o canta, propaga en el aire los bacilos tuberculosos a través de gotitas de saliva diminutas (menos de 5 micras) las cuales pueden transmitir la enfermedad a las personas que las inhalan. (14)

Cuando una persona inhala aire que contiene gotitas, la mayoría de las gotitas más grandes se aloja en el tracto respiratorio superior (la nariz y la garganta) donde la infección tiene pocas probabilidades de desarrollarse. Sin embargo, los núcleos de gotitas más pequeños pueden alcanzar los pequeños sacos de aire del pulmón (los alvéolos), y es allí donde comienza la infección.

En los alvéolos muere la mayoría de bacilos tuberculosos, pero unos pocos se multiplican e ingresan al torrente sanguíneo y se extienden por todo el cuerpo. El bacilo puede alcanzar cualquier parte del organismo humano, incluyendo obviamente las áreas en donde la enfermedad tiene mayores

probabilidades de desarrollarse. Estas áreas incluyen las porciones superiores de los pulmones, así como también los riñones, el cerebro y los huesos. Sin embargo, dentro de los primeros dos a diez semanas el sistema inmunológico del cuerpo interviene, deteniendo la multiplicación y previniendo una mayor propagación.

El sistema inmune es el sistema de células y tejidos del cuerpo que protege al organismo de sustancias extrañas. En este punto, la persona tiene la infección pero no la enfermedad.

Infección de TBC significa que el *M. tuberculosis* está en el cuerpo, pero que su sistema inmune tiene al bacilo bajo control e inactivo. Las personas que tienen la infección pero no la enfermedad, no son contagiosas. Sólo algunas personas con infección de TBC desarrollan la enfermedad. La TBC se desarrolla cuando el sistema inmune no puede mantener el bacilo tuberculoso bajo control y el bacilo comienza a multiplicarse. La enfermedad se puede desarrollar con rapidez inmediatamente después de la infección o después de muchos años. (15)

3. TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE (TBC-MDR)

La TBC-MDR es causada por el organismo *M. tuberculosis* que no muere frente a un fármaco en una prueba de laboratorio, siendo resistente por lo menos a los dos fármacos de primera línea más eficaces para el tratamiento de la TBC que son la isoniazida y rifampicina.

Existen dos diferentes tipos de resistencia a fármacos: primaria y secundaria (adquirida). La causa de **la resistencia primaria** es la transmisión de organismos drogoresistentes de persona a persona. **La resistencia secundaria** se desarrolla durante el tratamiento de TBC, ya sea porque no se trató al paciente con el esquema de tratamiento apropiado, o debido a que el paciente no sigue el esquema de tratamiento tal como se le prescribió.

La TBC-MDR se transmite de la misma forma que la forma sensible a los medicamentos. Los brotes iniciales de TBC-MDR corroboran que no es más contagiosa que la TBC sensible a los medicamentos. Entre los contactos de personas con TBC-MDR, las tasas de infección parecen ser similares a los contactos de personas con TBC sensible a medicamentos. Sin embargo, debido a que pueden tener una respuesta deficiente al tratamiento y a que los medicamentos de segunda línea no son tan eficaces, las personas con enfermedad TBC-MDR son, a menudo, contagiosas por más tiempo. (16)

Si la TBC compromete otros órganos aparte de los pulmones (tales como los nódulos linfáticos, huesos y articulaciones, tracto genitourinario, meninges, pleura, o intestinos) se la denomina TBC extrapulmonar. Normalmente este tipo de TBC no es contagiosa. Muchas veces la TBC pulmonar y TBC extrapulmonar afectan a una persona al mismo tiempo.

Las personas en riesgo de TBC-MDR son aquellas quienes han sido expuestas a contacto con algún paciente con TBC-MDR activa, especialmente los inmunodeprimidos, los pacientes quienes no han tomado su medicina en forma regular o inadecuada; o pacientes que han sido tratados previamente de TBC o pacientes provenientes de áreas con alta incidencia de TBC-MDR.

La TBC-MDR es más difícil de tratar; y el éxito del tratamiento depende de la rápida identificación del caso y adecuado tratamiento; teniendo en cuenta que las drogas de segunda línea en caso de TBC-MDR son menos efectivas. Los test determinan la resistencia en particular de un cultivo a varias drogas. Durante esta demora el paciente puede estar siendo tratado en forma inadecuada. El tratamiento para TBC-MDR comprende un esquema de tratamiento de muchos meses o años; siendo el porcentaje de cura, en el mejor de los casos, para TBC no drogo resistente en un 90% y para TBC-MDR 50% o menos.

Los problemas en el tratamiento de TBC-MDR son que los medicamentos usados son más fuertes, producen reacciones adversas difíciles de tolerar, se administran durante largos períodos de tiempo, la supervisión del tratamiento y los efectos colaterales requieren de condiciones del propio establecimiento de salud y del paciente en cuanto a relaciones personales y sociales, así como contar con laboratorios confiables.

Dentro de las estrategias de tratamiento de TBC-MDR se debe tener en cuenta las pautas de tratamiento individualizado según la sensibilidad de los cultivos obtenidos. Luego de un tratamiento empírico inicial debe ser seguido de uno definitivo una vez que se conozca los resultados finales de la fármaco sensibilidad mínimo cuatro drogas (hasta 8) a las cuales las cepas aisladas del paciente son sensibles, dosis recomendadas altas, duración de 18 a 24 meses.

En el año 1999 el Perú, luego de una década del Programa de Control de la TBC, sale de la lista de los países de más carga a nivel mundial; sin embargo, contrariamente a esto desde 1996 se comienza observar una tendencia a la aparición de casos de TBC-MDR, que luego se ha ido incrementando en niveles muy preocupantes para nuestro país; lo que convierte en un verdadero reto para todos los profesionales de la salud, comprometidos en el tratamiento de la TBC.

3.1. TRATAMIENTO DE LA TBC-MDR

Según la norma técnica dada por el MINSA la mejor opción de manejo para la TBC-MDR es el retratamiento individualizado, pero las personas con TBC no siempre cuentan con resultados de prueba de sensibilidad en el momento de la decisión terapéutica, lo cual condiciona la necesidad de esquemas de tratamientos intermedios empíricos, en el país denominado esquema estandarizado de retratamiento o esquema empírico de retratamiento.

a) ESQUEMA DE RETRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO TBC-MDR

Esquema aprobado por el Comité de Evaluación de Retratamiento Intermedio (CERI) en base a los resultados de la prueba de sensibilidad; deberá ser propuesto por el médico consultor y puesto a consideración del CERI y/o Comité de Evaluación de Retratamiento Nacional (CERN) para su decisión final. Tiene una duración aproximada de 24 meses. Está indicado en: Personas con tuberculosis que cuenten con resultados de pruebas de sensibilidad para fármacos antituberculosis de primera y/o segunda línea del Instituto Nacional de Salud (INS) o de laboratorios acreditados por el INS para este fin. (17)

b) ESQUEMA DE RETRATAMIENTO EMPÍRICO PARA TBC-MDR

Es un esquema de tratamiento transitorio, que la persona con TBC recibirá hasta que cuente con una prueba de sensibilidad. Dicho esquema deberá ser propuesto por el médico consultor y puesto a consideración del CERI y/o CERN para su decisión final.

Todo paciente con indicación de retratamiento empírico para TBC-MDR debe ser evaluado directamente por el Médico Consultor Intermedio quien remitirá el caso al CERI del ámbito de la jurisdicción correspondiente. Asimismo, se debe asegurar el envío de dos muestras para cultivo y prueba de sensibilidad, previo al inicio del retratamiento. Para la elaboración de dicho esquema se tendrá en consideración lo siguiente:

- Iniciar el tratamiento sin disponer de los resultados de la prueba de sensibilidad del paciente
- El antecedente de fármacos previamente recibidos.
- La prueba de sensibilidad del caso índice (TBC-MDR documentado)
- El esquema de retratamiento recibido por el caso índice.
- El patrón de resistencia local (áreas de alto riesgo) o regional.

Indicado en:

- Pacientes Nunca antes Tratados o Anteriormente Tratados contacto de TBC-MDR documentado.
- Fracaso a Retratamiento estandarizado, que no cuenta con resultados de pruebas de sensibilidad. Esta es una situación excepcional, recordar que el esquema estandarizado es un esquema transitorio y debe agotarse todos los medios de contar con una prueba de sensibilidad y diseñar un esquema individualizado.
- Abandono recuperado de retratamiento estandarizado que no cuenta con resultados de prueba de sensibilidad.
- Persona con tuberculosis con antecedente de haber recibido drogas de segunda línea por enfermedad TBC y que no cuenta con resultados de prueba de sensibilidad.
- Persona con enfermedad activa TBC y contacto de un caso índice que recibió o recibe retratamiento para TBC-MDR (el caso índice no cuenta con prueba de sensibilidad).

El esquema de retratamiento empírico debe ser reajustado de acuerdo al resultado de la prueba de sensibilidad con lo que se diseñará un esquema individualizado, previa presentación al CERI y CERN. (18)

c) ESQUEMA DE RETRATAMIENTO ESTANDARIZADO PARA TBC -MDR

Es un esquema de tratamiento transitorio, normalizado, que la persona con tuberculosis recibirá hasta que cuente con una prueba de sensibilidad.

Toda persona con tuberculosis con indicación de retratamiento estandarizado para TBC-MDR debe ser evaluado directamente por el Médico Consultor Intermedio quien remitirá el caso al CERI del ámbito de la DISA correspondiente. Asimismo, se debe asegurar el envío de dos muestras para cultivo y prueba de Sensibilidad, previo al inicio del retratamiento.

El presente esquema incluye las siguientes drogas: Etambutol, Pirazinamida, Kanamicina, Ciprofloxacino. Ethionamida, Cicloserina, PAS. Los aminoglicósidos pueden aplicarse en forma diaria durante 2-4 meses y luego de manera intermitente (2-3 veces por semana), hasta tener por lo menos el resultado de 6 cultivos mensuales negativos consecutivos u ocho meses de tratamiento cronológico, a partir de la conversión. Indicaciones: Persona con diagnóstico de TBC activa y antecedente de dos tratamientos previos y que no cuenta con prueba de sensibilidad al momento de decidir la terapia.

3.2. RECOMENDACIONES PARA CASOS DE TBC MDR

Toda persona con tuberculosis que inicie un tratamiento para TBC MDR debe seguir las siguientes recomendaciones:

- Pedir dos cultivos de *M. Tuberculosis* (Cultivo BK) y prueba de sensibilidad antes de iniciar el esquema de retratamiento.
- Obtener resultados de prueba de sensibilidad del caso índice.
- Una vez que llega el resultado de prueba de sensibilidad, presentar inmediatamente la información al Consultor y al CERI para realizar los cambios necesarios en el esquema de tratamiento.
- El equipo de la ESNPYCTB del Establecimiento de Salud será el responsable del seguimiento de la prueba de sensibilidad.
- Hacer un seguimiento mensual con la finalidad de detectar precozmente Reacción Adversa a Fármacos Antituberculosos (RAFA) o fracaso al tratamiento.
- Las personas con tuberculosis que concluyeron cualquier esquema de retratamiento para TBC-MDR deberán ser seguidos por la estrategia (con baciloscopías y cultivo de BK por un tiempo de 2 años: el primer año por lo menos cada 3 meses y el segundo año cada 6 meses).
- Cada seis meses el expediente del paciente en retratamiento deberá ser presentado nuevamente al CERI o CERN, según corresponda.

- Los expedientes de las personas con TBC declarados de alta de retratamiento en condición de fracaso por el consultor, deberá ser presentados al CERI y/o CERN.
- Toda persona con TBC en el que se decida prolongar el tratamiento individualizado por más de 24 meses debe ser evaluado por el CERI y CERN. (19)

3.3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A TBC MDR

- Antecedente de ser contacto de persona con TBC-MDR confirmada con prueba de sensibilidad ó en tratamiento con drogas de segunda línea.
- Alguna condición de inmunosupresión: Coinfección VIH, diabetes mellitus, tratamiento crónico con corticoides, otras condiciones de inmunosupresión
- Recaída en menos de seis meses de egresar como "curado" de esquema Uno o Dos de tratamiento.
- Persona con tuberculosis multitratada (más de dos tratamientos).
- Persona de salud activo o cesante. Incluye estudiantes de ciencias de la salud.
- Promotores de salud
- Residir en los últimos dos años en una zona de elevada prevalencia de TBC-MDR.
- Población privada de su libertad o con antecedentes de privación de la libertad.
- Trabajador de establecimientos penitenciarios.
- Contacto de paciente fallecido con TBC.
- Paciente con antecedentes de tratamiento previo particular y/o auto administrado.
- Paciente con antecedente de abandono al tratamiento antituberculoso.
- Antecedente de hospitalización previa, por más de una semana y por cualquier motivo, por lo menos una vez en los últimos dos años.
- Tratamiento previo con presencia de RAFA que obligó a cambiar a dosis sub óptimas y/o suprimir algún medicamento.

- Contacto de Persona con tuberculosis que fracaso a tratamiento antituberculoso. (20)

4. EL ROL DE ENFERMERA EN LA ESNPYCTB

4.1. DEFINICIONES Y ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

a) MISIÓN

Garantizar la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno, gratuito y supervisado de los enfermos con tuberculosis en todos los servicios de salud del país, brindando atención integral, con personal capacitado, fomentando el auto cuidado en la población con la finalidad de disminuir la morbimortalidad por tuberculosis y sus repercusiones sociales y económicas.

b) VISION

A fines de la primera década del siglo XXI, el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis mantendrá su condición de líder al haber logrado elevados niveles de eficiencia, eficacia y efectividad, garantizando la disminución progresiva y sostenida de la incidencia de tuberculosis, en la perspectiva de que esta enfermedad no constituya un problema de salud pública, contribuyendo de esa manera a mejorar las condiciones de salud de la población.

c) DEFINICIÓN DE LA ESNPYCTB

- ♦ Es un órgano técnico normativo, dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud.
- ♦ Es responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la TBC.
- ♦ Garantizar la detección, diagnóstico y tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis.
- ♦ Integrado a los servicios de salud, se operativiza desde el nivel local y tiene como cobertura el sector salud.

d) POBLACIÓN OBJETIVO.- El 100 % de los habitantes del Perú

e) ESTRATEGIA.- Sustento en la doctrina de la ESNPYCTB, incorpora y aplica la estrategia DOTS, recomendada por OPS / OMS:

- Compromiso político del estado
- Organización de la detección, diagnóstico y tratamiento gratuito de los casos diagnóstico mediante el examen de esputo a los sintomáticos respiratorios.
- Tratamiento antituberculosos gratuito y supervisado
- Sistema de información oportuno
- Capacitación, supervisión y evaluación regular y periódica
- Aplicando la estrategia DOTS Plus (que consiste en la utilización de medicamentos antituberculosos de segunda línea con observación directa de su administración por el personal de salud y de ser necesario por promotores de salud capacitados), esta estrategia esta indicada en los casos de Tuberculosis multidrogoresistente, de acuerdo a recomendaciones, OMS / OPS

f) OBJETIVO GENERAL

- Disminuir progresiva y sostenidamente, con niveles técnicamente aceptables, la incidencia de TBC en el Perú, contribuyendo a crear en forma simultánea en una nueva cultura sanitaria nacional.
- Asegurar la continuidad en la aplicación de la estrategia DOTS
- Localización de casos a través de la baciloscopía
- Tratamiento gratuito y supervisado a enfermos con Tuberculosis
- Fortalecer aplicación de estrategia DOTS Plus
- Desarrollo de un sistema de información operacional y epidemiológico veraz y oportuno
- Estrategias de promoción de salud, a través del desarrollo de los componentes de Información, Educación, Comunicación (IEC) y promoción social.

El seguimiento de los casos de TBC se realiza a través de la atención integral, permite realizar un proceso de intervención con enfoque multidisciplinario a la persona con tuberculosis, en la que participa un equipo de salud (Médico, Enfermera, Trabajadora Social, Laboratorista, Nutricionista, Psicólogo, Técnica de Enfermería, Responsable de Farmacia, otros responsables de la salud) y representantes de organizaciones sociales de base (promotores de salud, organizaciones de personas con TBC, club de madres, vaso de leche, comedores y otros), instituciones públicas y privadas; con el objetivo de vigilar, controlar y evaluar la evolución clínica, social, psicología, nutricional, radiológica, bacteriológica, el cumplimiento del tratamiento, toxicidad farmacológica, el adecuado registro y propuestas de desarrollo local.

La eficacia y eficiencia de los esquemas de tratamientos aplicados en el país, son evaluadas periódicamente mediante estudios de cohorte. Esto ha permitido modificar los esquemas de tratamiento de acuerdo a los resultados; tal es el caso del esquema dos reforzado que se aplicó para los fracasos a los esquemas primarios que luego de la evaluación fue retirado al haber demostrado bajos niveles de curación.

5. GENERALIDADES SOBRE LAS ACTITUDES

Al afrontar las diversas situaciones sociales que se presentan en la vida diaria, el ser humano desarrolla un conjunto de acciones y exhibe manifestaciones en su comportamiento de un rango muy amplio. En el marco de esta situación se evidencian frecuentemente ya sea directa e indirectamente las actitudes que el sujeto posee.

A pesar de la gran variedad de definiciones que existen sobre las actitudes casi todas expresan en forma más o menos explícita que una **actitud supone una predisposición de las persona para reaccionar frente**

a los objetos sociales del ambiente. Esta predisposición puede orientar y dirigir en parte su comportamiento.

Según Thurstone (1959), el concepto de actitud representa la suma de todas las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, tendencias, ideas, miedos y convicciones de una persona sobre un tema específico. Según Krench y Crutchfield (1962), las actitudes son las creencias, sentimientos y tendencias hacia la acción de una persona respecto a los objetos, personas o ideas. (21)

“La actitud se puede definir como una respuesta evaluativo relativamente estable, en relación a un objeto, que tiene consecuencias cognoscitivas, afectivas y probablemente comportamentales” (Lamberth. 1982).

“Son predisposiciones a responder en una forma más o menos emocional a ciertos objetos o ideas.” (22).

5.1. CARACTERÍSTICAS

Pese a la heterogeneidad de los diversos marcos de referencia teóricos, parece existir consenso en torno a una serie de características que presentan las actitudes:

- **Adquiridas.-** No constituyen elementos innatos, sino que se van aprendiendo en la medida que el sujeto se socializa; va procesando la estimulación procedente del medio y configurando en base a su relación con los demás, una serie de actitudes que pueden ser aprendidas tanto en función de la imitación, como del entrenamiento instrumental directo.
- **Socialmente condicionadas.-** Vale decir que responden a las características estructurales y organizativas propias de la sociedad en que se conforman. Las modalidades específicas de interrelación que se establecen entre los miembros de un determinado grupo social. Tanto

más, algunas actitudes tendrán vigencia en un contexto, y quien sabe no se desarrollen en otro; pudiendo establecerse también de acuerdo a nuestro criterio, una jerarquización de actitudes que dependerán de las condiciones sui generis de cada sociedad.

- **Relativamente permanentes.-** Al ser adquiridas por la vía del aprendizaje social, las actitudes una vez formadas tienden a fijarse en el individuo de manera más o menos estable, integrándose en su aparato psíquico. El cambio requiere de una presión que será tanto o más intensa, en la medida que la actitud sea más vigorosa (Summers 1976).
- **Relacionadas con objetos.-** Es decir, se estructuran en relación a determinados objetos sociales; individuos, grupos, productos, y manifestaciones culturales, así como instituciones y hasta objetos abstractos.
- **Cualidad direccional.-** En este sentido participan como elementos motivacionales con una carga afectiva dirigida hacia el objeto de actitud, el cual entonces es valorado en forma positiva o negativa por el sujeto. En base a esta cualidad, el individuo se ve impulsado hacia la acción concreta a favor o en contra del objeto.
- **Forman un patrón evaluativo.-** Son elementos que sirven como marcos de referencia para nuestra percepción de la realidad, implicando la formación de categorías que pueden ser muy complejas, y que se ponen en evidencia ante las distintas situaciones sociales en que intervenimos. Las actitudes inclusive, suelen emplearse como categorías para evaluar otros objetos sociales y las actitudes relacionadas con ellos (Ino-Oka y Matsui, 1977). La actitud es un patrón relativamente constante de evaluación de objetos sociales, así como una carga afectiva orientada a los mismos.

5.2. COMPONENTES DE LAS ACTITUDES

En función de esta apreciación, es factible diferenciar tres componentes en toda actitud: Cognitivo, Afectivo y Conductual. No obstante esto no significa que los componentes actúen por separado, aisladamente; antes bien participan conjuntamente existiendo entre ellos una relación tan estrecha que no es posible de visualizarlo.

a. Componente Cognitivo: Las creencias, opiniones, y en general los conocimientos o ideas que tenemos sobre los objetos sociales son elementos que se incluyen en esta definición. Se considera componente cognoscitivo lo que pensamos acerca de un individuo, grupo, producto cultural o institución; y que forma parte de nuestra actitud ante ellos. No es necesario tener un conocimiento muy amplio de un objeto social para que se evidencie una actitud; ya que puede presentarse incluso cuando la cognición es muy limitada. Igualmente puede haber creencias estructuradas basadas sobre datos poco reales o erróneos.

b. Componente Afectivo: Toda actitud comporta una carga emocional a favor o en contra de un objeto social, conformándose lo que Sherif y Sherif (1976) denominan sistema individual de aceptación-rechazo; vale decir el establecimiento de parámetros de evaluación afectiva del objeto social, que son propios de cada sujeto. Desde luego el afecto no necesariamente polarizado, sino que puede encontrarse a lo largo de todo un *continuum* que va desde lo positivo hasta lo negativo, incluyendo una serie de posiciones intermedias de evaluación.

c. Componente Conductual: Cualquier actitud contiene una preposición hacia la acción, hacia la manifestación de lo conocido y sentido con respecto al objeto social (Triandis, 1974). Y es por eso que una actitud implica una predisposición pues necesariamente no se producirá una conducta excesiva de agrado o desagrado. En ocasiones parecería no haber coherencia entre este componente y los otros. Esto se debe a que la manifestación de las

actitudes no depende solamente del afecto y el conocimiento que se tenga del objeto, sino en gran medida de los factores contextuales y de la percepción de la situación misma por el individuo. La expresión comportamental de una actitud ante el objeto social estará condicionada también por otras características psicológicas del sujeto tales como su escala de valores, su estado motivacional y su propio estilo expresivo (Cook y Sellitz, 1976). Todas las variables citadas influirán en la percepción de situaciones y determinarán la puesta en marcha de la conducta.

5.3. DIMENSIONES DE LAS ACTITUDES

Cabe considerar igualmente que en toda actitud es factible encontrar dos dimensiones que se presentan en la práctica simultáneamente:

a. Dirección.- Es la orientación que posee la actitud en un *continuum* de aprobación-desaprobación, conformidad-disconformidad o acuerdo-desacuerdo; al que definieron anteriormente como sistema individual de aceptación o rechazo.

b. Intensidad.- Es el nivel de polarización que alcanza la actitud en un *continuum* y que como resalta Hollander (1968), constituye la fuerza emocional de la misma; por tanto podríamos decir que la intensidad de una actitud se expresa en el grado de aceptación o rechazo de un objeto actitudinal.

6. ACTITUD DEL PACIENTE FRENTE A LA TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE

Es difícil tolerar tanto los síntomas de la enfermedad como los efectos secundarios de los medicamentos, junto con la grave carga emocional de soportar esta enfermedad contagiosa que constituye una amenaza para la vida. Lo que es mas, las personas mas afectadas por la TBC-MDR viven en

áreas de urbano marginales y con problemas económicos, lo que aumenta el estrés de aquellos que necesitan tratamiento. Dado el particular conjunto de problemas que enfrentan las personas con TBC-MDR y la importancia de mantener a los pacientes en tratamiento, se considera importante el apoyo psicosocial.

Como Jack Adler escribió: “incluso en un ambiente relativamente normal donde el paciente tuberculoso tiene una familia y un trabajo al que retorna después de recuperarse, la propia naturaleza de la enfermedad y su tratamiento, a saber, cronicidad, transmisibilidad, posibilidad de recaída, actividad restringida, etc., crea una preocupación que se les manifiesta como ansiedad elevada, sentimientos de inseguridad e incapacidad, actitud defensiva, negativismo, dependencia y similares”.

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Paciente Multidrogoresistente.- Son las personas de sexo masculino y femenino con resistencia orgánica a medicamentos de primera línea en tratamiento MDR ya sea individualizado, empírico o estandarizado del Centro de Salud “Fortaleza”

Actitud.- Respuesta natural que tiene tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual de un individuo ante un hecho específico influenciado por su entorno.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO

El presente estudio es de nivel aplicativo ya que da un aporte significativo a la práctica de enfermería en el primer nivel de atención dando a la enfermera la capacidad de comprender un poco más sobre los sentimientos de los pacientes con TBC MDR.

Tipo cuantitativo ya que los datos que se obtendrán podrán ser cuantificados para de esta manera ser capaz de procesarlos estadísticamente.

Método descriptivo simple de corte transversal, ya que permite presentar la información tal y como se presenta en un tiempo y espacio determinado.

B. AREA DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se realizó en el Centro de Salud “Fortaleza” ubicado en la Asociación Fortaleza s/n Santa Anita. El C.S. “Fortaleza” es una institución de salud del primer nivel de atención que pertenece a la DISA IV Lima Este, esta institución esta dirigida actualmente

por el Médico Jefe Dra. Ana Díaz Baltazar, presta servicios de Medicina General, Gineco-Obstetricia, Dental, Psicología, Laboratorio, Nutrición y tópico; además de contar con las diferentes Estrategias Sanitarias como la de inmunizaciones, Programa de Control del Crecimiento y Desarrollo y la de Prevención y Control de Tuberculosis dirigidas por las licenciadas en Enfermería Libia Zarate Aquino e Ysela Córdova Gonzáles; cuenta también con un área administrativa, secretaria, estadísticas entre otras.

La planta física consta de 4 áreas: la primera donde se encuentra los servicios de medicina, dental, ginecología, tópico y farmacia. La segunda constituida por el ambiente de la estrategia de control y desarrollo del niño sano e inmunizaciones. La tercera comprende el ambiente de admisión, triaje y almacén. El cuarto el ambiente donde se encuentra la ESNPYCTB

En cuanto a este ultimo cuenta con: un ambiente donde se encuentran almacenados los medicamentos de los pacientes del programa debidamente enumerados es en este lugar donde se encuentra el personal de enfermería que administra los medicamentos para los pacientes; otro ambiente donde se realiza las consultas medicas para los pacientes de la ESNPYCTB cada vez que lo soliciten y/o el personal lo crea conveniente, al mismo tiempo que es usado para la administración de los inyectables; además cuenta con dos ambientes al aire libre uno en la parte anterior donde se realizan las entrevistas de enfermería y otro posterior en el cual los pacientes toman sus medicamentos, la zona de recolección de muestras se encuentra en la zona que une ambos patios. Además cuenta con un personal rotativo que esta compuesto por un medico quien es el encargado de evaluar a los pacientes al ingreso al tratamiento, el cambio de fase, al finalizar el tratamiento y cuando pacientes lo requieren por algún malestar que presenten; esta atención es brindada a partir de mediodía cuando el medico asignado para la Estrategia culmina con la atención en Consulta Externa; una enfermera que es la responsable de la Estrategia apoyada por la (el) interna (o) de Enfermería cuya función es brindar los cuidados necesarios al paciente con TBC así como en el caso de pacientes con TBC-MDR cumpliendo labores

administrativas como: identificación de fracasos a los esquemas I y II, control de contactos, seguimiento a los pacientes, abastecimiento de los medicamentos, informe de los fracasos y posterior evaluación medica, informe en caso de aparición de RAFAs a los medicamentos, conformación de los expedientes para el CERI, verificación de historias clínicas completas, etc.; a nivel asistencial el personal interno de enfermería apoya realizando las entrevista de enfermería, identificación de RAFAs, solicitar evaluación medica oportuna, visitas domiciliarias, administración de medicamentos especialmente inyectables, verificar el cumplimiento de la estrategia DOTS, etc.; un personal técnico quien es el encargado de brindar los medicamentos a los paciente además de realizar la verificación de domicilios cuando inician el tratamiento.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en estudio esta conformada por los pacientes de la ESNPYCTB del Centro de Salud “Fortaleza” diagnosticados con TBC-MDR que se encuentran actualmente en tratamiento, siendo en total 20 pacientes que reciben tratamiento ya sea empírico, estandarizado o individualizado. Por ser la población pequeña se decidió trabajar con todos ellos.

Los criterios de inclusión y exclusión utilizados para el estudio son:

Criterios de Inclusión

- Pacientes con TBC-MDR que reciben tratamiento empírico, estandarizado o individualizado en la ESNPYCTB del Centro de Salud “Fortaleza”
- Pacientes mayores de 14 años y menores de 60 años.
- Pacientes de ambos sexos que acepten voluntariamente ser parte del estudio.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que acudan al Centro de Salud “Fortaleza” y no reciban tratamiento en la ESNPYCTB.
- Pacientes que tengan algún impedimento físico o mental: sordos, mudos, Síndrome de Down.
- Pacientes con diagnóstico médico de tuberculosis extra-pulmonar
- Pacientes infectados con VIH-SIDA
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

D. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION

Para el presente trabajo de investigación la técnica ha utilizar es la encuesta teniendo como instrumento para la recolección de datos la escala likert modificada ya que permite obtener los datos a través de preguntas a los miembros de la población en estudio. El instrumento incluye: Introducción, datos generales, e información específica que corresponde al instrumento. Este instrumento es ideal para la medición de actitudes en los componentes que ayudaran a la interpretación y análisis de los datos; el instrumento consta de 26 ítems en relación a las dimensiones para la variable de investigación con correspondencia entre ellos, esta dividido en 3 partes: Componente cognitivo, componente afectivo y componente conductual cada uno de ellos teniendo enunciados positivos y negativos (Anexo B) las cuales no se muestran en el instrumento cuando se presentaron a los pacientes. El instrumento presenta 5 alternativas de solución dándole un valor de 5, 4, 3, 2, 1 a las posibilidades: totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, desacuerdo, totalmente desacuerdo dependiendo del tipo de afirmaciones ya sea positiva o negativa.

E. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validez del instrumento se determinó mediante la prueba binomial de Juez de Expertos, la cual estuvo conformada por ocho profesionales con experiencia en la ESNPYCTB y docentes de Investigación en Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM); siendo sus opiniones, recomendaciones y sugerencias tomadas en cuenta para mejorar el instrumento.

Los puntajes obtenidos en la prueba binomial muestran que el error de significancia no supera los valores establecidos para $p > 0.05$, por lo que el instrumento es válido (Anexo C).

F. PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La recolección de datos se inició mediante el trámite administrativo respectivo, a través del cual se solicitaba permiso a la Dra. Ana Díaz Baltazar, Médico Jefe del C.S. "Fortaleza" para la realización del estudio de investigación.

Posteriormente se coordinó con la Enfermera encargada de la ESNPYCTB para la fecha de recolección de datos, dicha recolección se realizó en los turnos de mañana y tarde pues los pacientes acuden a tomar medicamentos en ambos turnos.

Posteriormente a la recolección de datos estos fueron procesados en forma manual mediante el sistema de paloteo a una tabla matriz codificada.

Para la medición de la variable de estudio se aplicó la Escala de Stanones estableciéndose lo siguiente: (Anexo J)

Componente Cognitivo

Desfavorable	= menos de 22
Medianamente Favorable	= entre 22 y 25
Favorable	= más de 25

Componente Afectivo

Desfavorables	= menos de 36
Medianamente Favorable	= entre 36 y 42
Favorable	= más de 42

Componente Conductual

Desfavorable	= menos de 35
Medianamente Favorable	= entre 35 y 40
Favorable	= más de 40

Después de ello se procedió a la elaboración de cuadros estadísticos y la interpretación de los mismos; elaborando posteriormente las conclusiones respectivas del trabajo de investigación

G. EQUIPO, MATERIAL Y RECURSOS HUMANOS DISPONIBLES

Los recursos necesarios para la realización de la presente investigación están conformados por el responsable de la investigación, asesoría metodológica, asesoría estadística, apoyo psicológico y apoyo secretarial; que constituyen el recurso humano calificado para la realización del presente trabajo. Además se usaran recursos materiales como impresos, útiles de escritorio y procesamiento de datos.

H. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del presente estudio se considero necesario contar con la autorización de la institución y el consentimiento informado a los pacientes de la ESNPYCTB. (Anexo F)

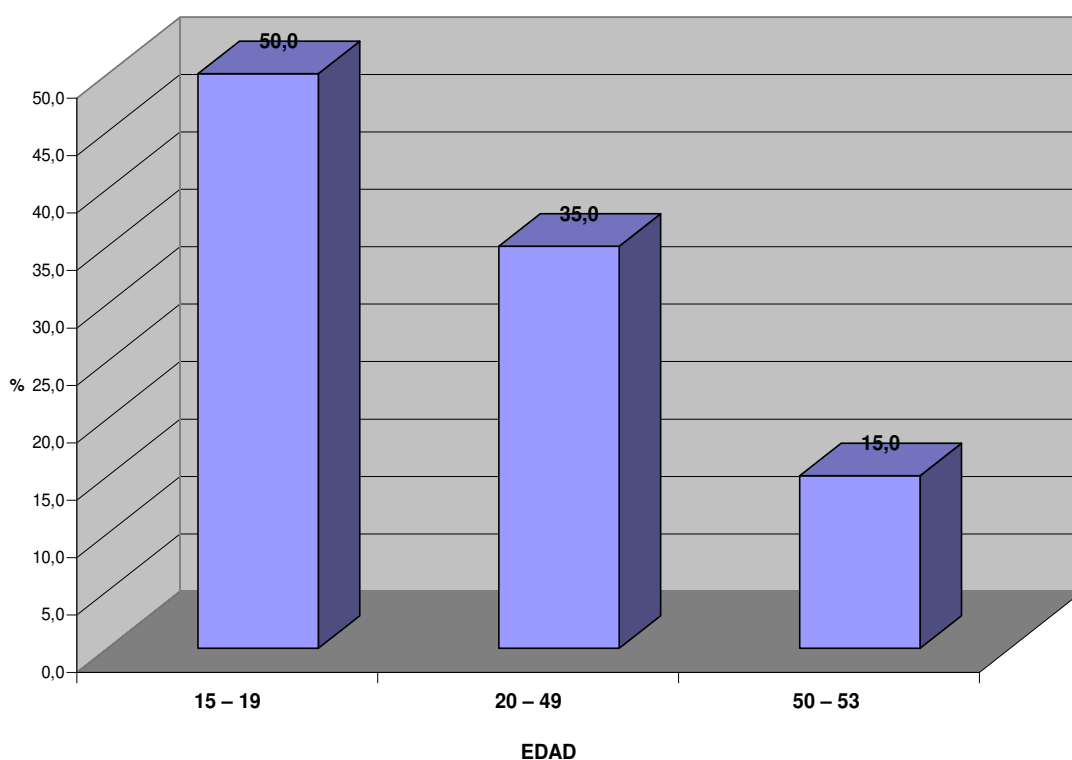
CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de recolectado los datos, estos fueron procesados y presentados en gráficos a fin de realizar el análisis e interpretación respectivo de acuerdo al marco teórico.

Así tenemos que del 100% (20) tenemos que 60% (12) son personas del sexo femenino (Anexo K); el 60% (12) son solteras (Anexo L); el 60% (12) tienen hijos (Anexo M); el 55% (11) son de religión católica (Anexo N); y el 60% (12) tienen estudios primarios completos (Anexo O).

GRAFICO Nº 1
GRUPO ETAREO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS
MULTIDROGORESISTENTE EN EL
C.S. FORTALEZA ENERO
LIMA - PERÚ
2008



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes de ESNPYCTB del C.S. Fortaleza 2008

En el grafico Nº 1: **“GRUPO ETAREO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL C.S. FORTALEZA. LIMA PERÚ. 2008”**. Se puede apreciar que del total de personas encuestadas 100% (20); un 50% (10) se encuentran entre los 15 y 19 años de edad.

La etapa de la adolescencia comprende entre los 13 a 19 años de edad, en el cual el foco del desarrollo es la consolidación de la identidad y de las relaciones interpersonales. A lo largo de la vida, las personas adquieren

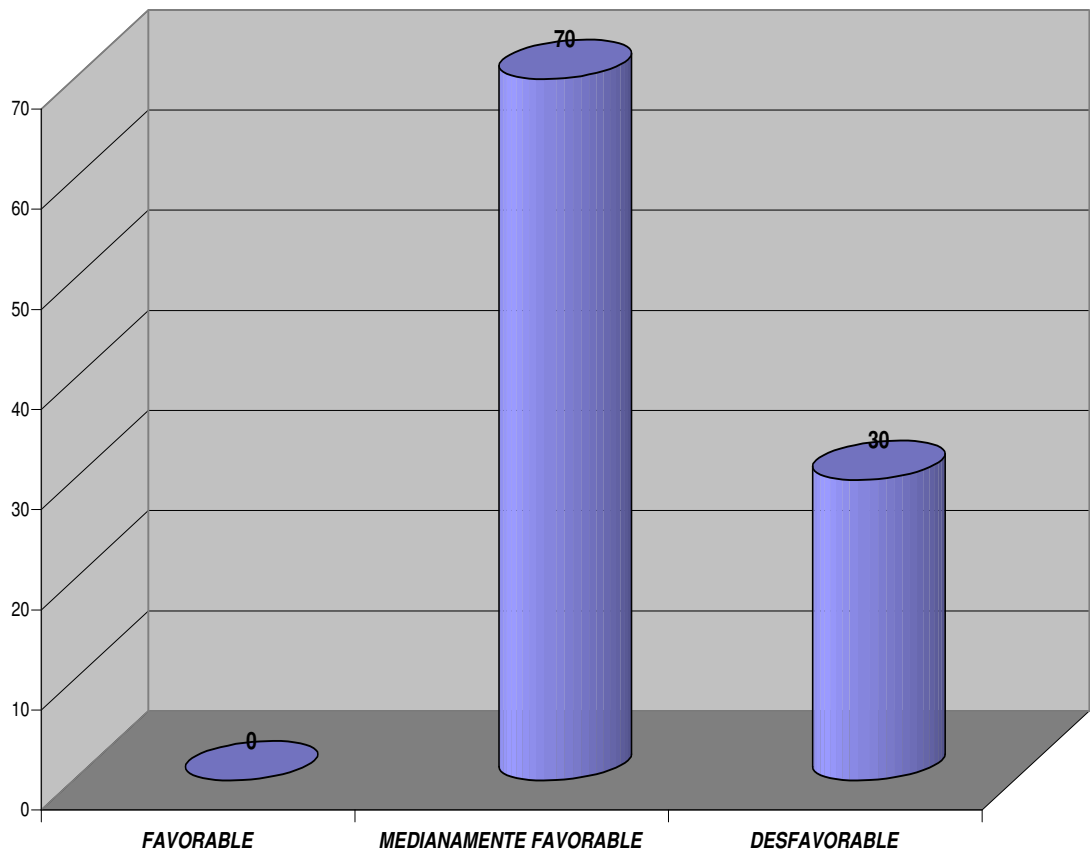
experiencia y forman una red de creencias características, entendiendo por creencia la predisposición a la acción. Las formas que cada persona tiene de reaccionar ante cualquier situación son muy numerosas, pero son las formas comunes y uniformes las que revelan una actitud determinada.

Según Armendáriz la edad de la formación de las actitudes es entre los 12 y 30 años de edad, esta edad proporciona al ser humano la capacidad de formarse conceptos para la toma de decisiones para afrontar los hechos y formar su conducta ante un hecho específico.

La Tuberculosis es un problema de importancia significativa en la salud pública que causa severos estragos a nivel mundial sin distinción de edad, sexo o nivel económico, se estima que 1/3 de la población mundial ha sido infectada y esta en riesgo de enfermarse en algún momento de su vida (23). Se estima que el 75% de los casos de Tuberculosis que se presentan son las personas entre los 15 a 50 años. Debido a diferentes factores propios de la persona en esta edad.

Por lo expuesto, podemos deducir que la mayoría de los pacientes se encuentran en la etapa de la adolescencia, con un grado de educación primario; esto último predispone a que las personas que viven en extrema pobreza desarrollen enfermedades de origen infeccioso como la tuberculosis por no poder acceder a los servicios de salud y por ende a la educación para la salud haciendo que las actitudes que se formen afecten considerablemente en su recuperación.

GRAFICO Nº 2
ACTITUDES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA
SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORESISTENTE
EN EL C.S. “FORTALEZA”
LIMA-PERÚ
2008



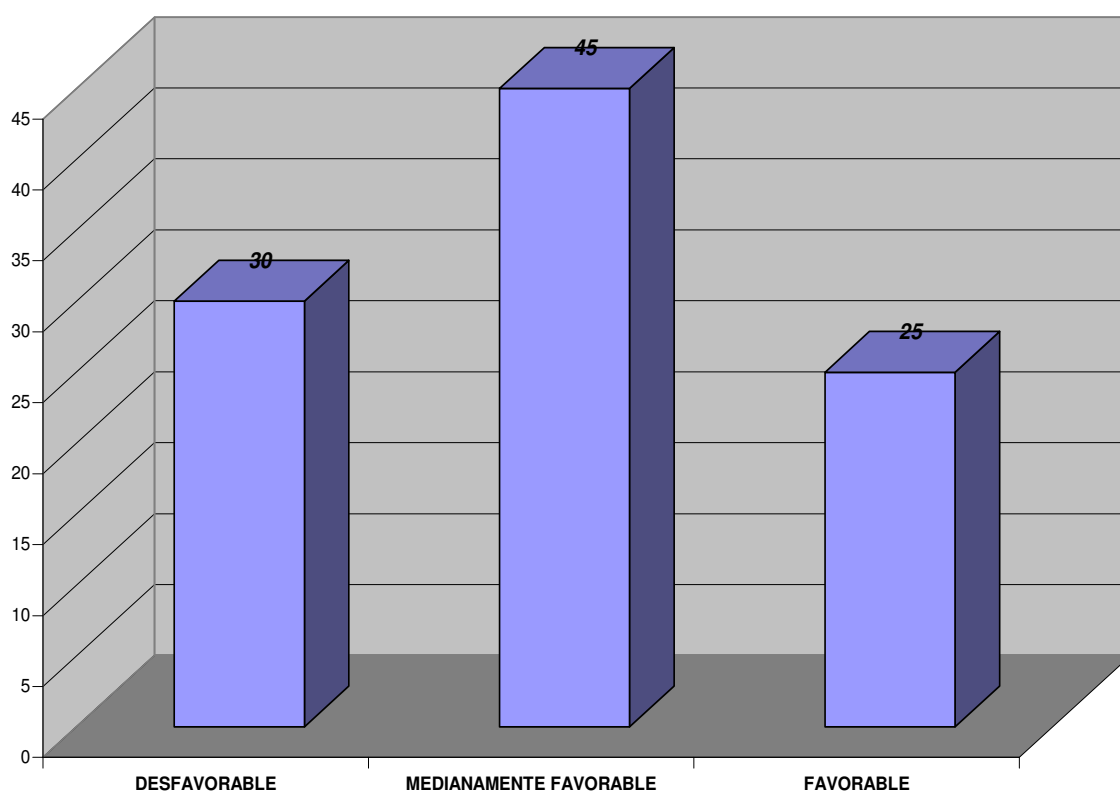
Fuente: Instrumento aplicado a pacientes de ESNPYCTB del C.S. Fortaleza 2008

En el grafico Nº 2: ***“ACTITUDES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA SU CONDICION DE MULTIDROGORESISTENTE EN EL C.S. FORTALEZA. LIMA PERÚ. 2008”***. Se puede apreciar que del total de personas encuestadas 100% (20); un 70% (14) presentan una actitud medianamente favorable hacia su condición de MDR y un 30% (6) una actitud de rechazo hacia la misma.

Las actitudes son reacciones afectivas positivas o negativas hacia un objeto o proposición abstracto o concreto designable. La actitud de los pacientes según su disposición es la capacidad que tiene la persona para reaccionar ante un estímulo pudiendo aceptarlo como rechazarlo y hasta mostrar un grado de indiferencia. Los cambios en la vida personal y en la dinámica familiar del enfermo, como producto de la Tuberculosis son sumamente importantes; más aún en la multidrogoresistente donde debido a la enfermedad y tratamiento hay cambios en su vida cotidiana. Y obliga a la persona a encarar la disyuntiva entre seguir el tratamiento o trabajar, estudiar, etc. (24)

De lo anterior podemos concluir que la mayoría de pacientes presentan una actitud medianamente favorable o de indiferencia hacia su condición de multidrogoresistencia y que influye de manera significativa en el cumplimiento de su tratamiento y mejoría. Haciéndolos propensos a abandonar el tratamiento debido a los cambios que sufren y más aun por el tratamiento que siguen para su recuperación.

GRÁFICO Nº 3
ACTITUDES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS
HACIA SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORESISTENTE
COMPONENTE COGNITIVO EN EL
C.S. “FORTALEZA”
LIMA - PERÚ
2008



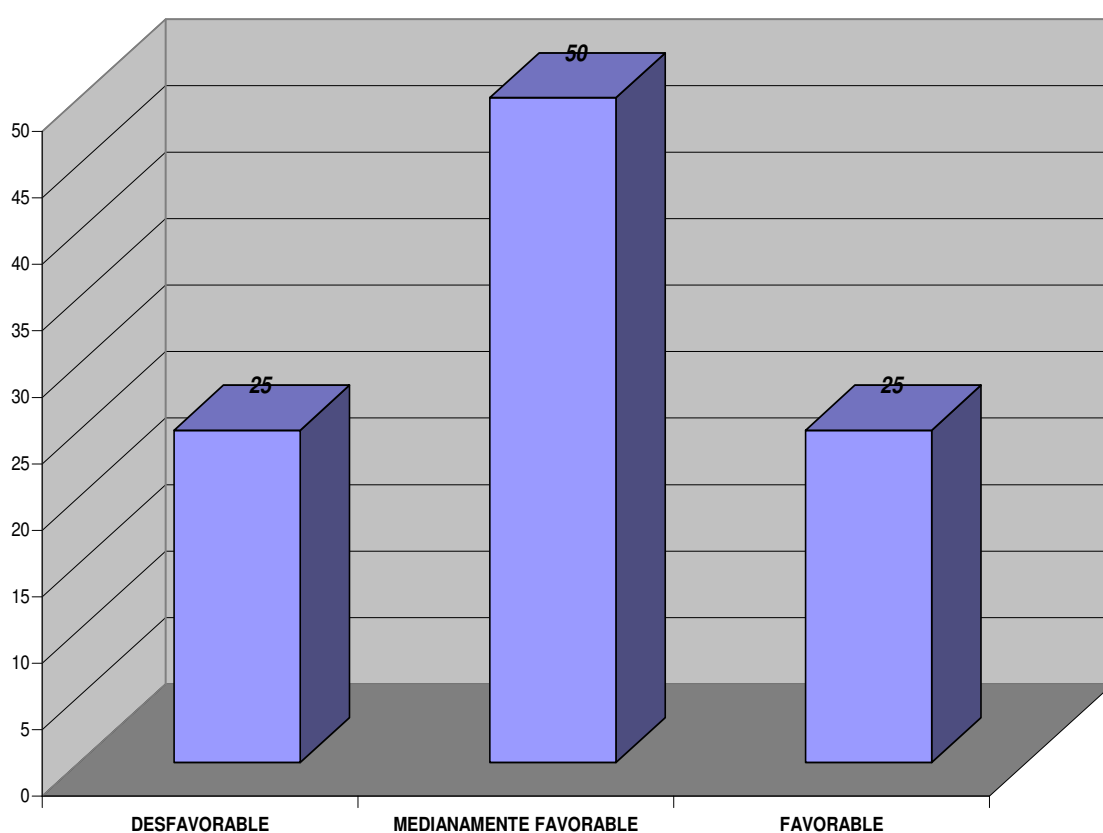
Fuente: Instrumento aplicado a pacientes de ESNPYCTB del C.S. Fortaleza 2008

En el grafico Nº 3: “**ACTITUDES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORESISTENTE COMPONENTE COGNITIVO EN EL C.S. “FORTALEZA” LIMA – PERÚ 2008**”. Se puede apreciar que del total de personas encuestadas 100% (20), un 45% (9) presentan un conocimiento medianamente favorable acerca de la enfermedad; y un 25% (5) un conocimiento favorable acerca de la tuberculosis.

El **Componente cognitivo** es el más importante; toda vez que sin conocimiento no hay actitud en el se incluyen las creencias, opiniones, y en general los conocimientos o ideas que tenemos sobre los objetos sociales son elementos que se incluyen en esta definición. Se considera componente cognoscitivo lo que pensamos acerca de un individuo, grupo, producto cultural o institución; y que forma parte de nuestra actitud ante ellos. No es necesario tener un conocimiento muy amplio de un objeto social para que se evidencie una actitud; ya que puede presentarse incluso cuando la cognición es muy limitada. Igualmente puede haber creencias estructuradas basadas sobre datos poco reales o erróneos. El cumplimiento o el abandono del tratamiento contra la TBC-MDR depende de una suma de factores entre ello esta el conocimiento de la enfermedad y su diagnóstico (25)

Por lo tanto se puede concluir que de los pacientes con TBC-MDR la mayoría presentan conocimientos y/o creencias medianamente favorables acerca de la enfermedad siendo estos importantes para la formación de sus actitudes y más aún al ser la TBC una enfermedad que acarrea en la persona que la padece una serie de molestias y un temor de contagio es importante que la persona conozca las medidas básicas para evitarla además de que al ser consciente de estas molestias estará preparado para afrontarlo y poder terminar con éxito el tratamiento formándose actitudes positivas acerca de la enfermedad.

GRÁFICO N° 4
ACTITUDES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS
HACIA SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORESISTENTE
COMPONENTE AFECTIVO EN EL
C.S. “FORTALEZA”
LIMA - PERÚ
2008



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes de ESNPYCTB del C.S. Fortaleza 2008

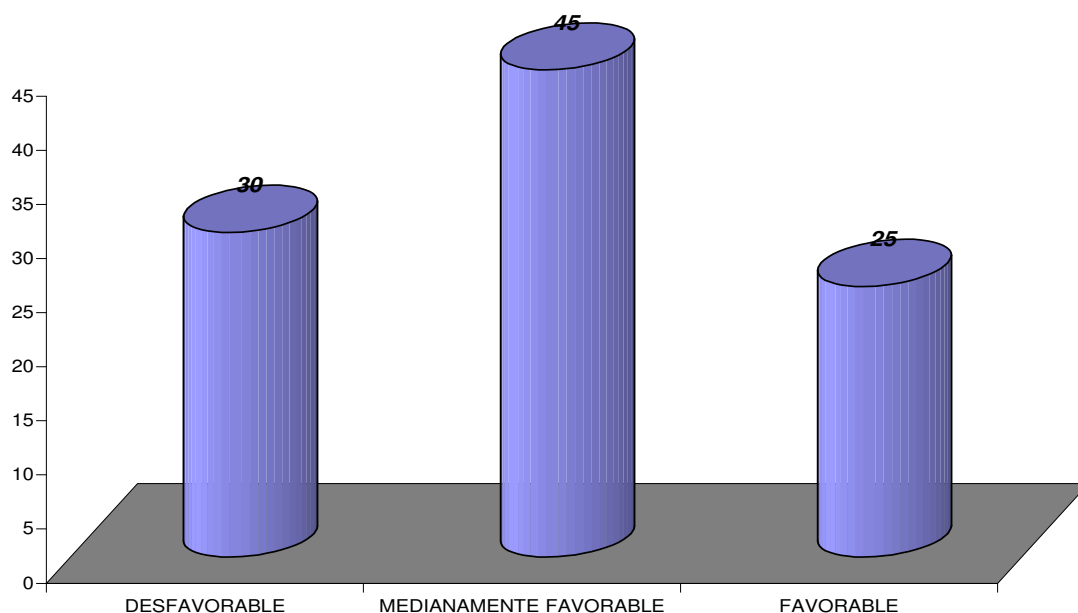
En el grafico N° 3: “ **ACTITUDES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA SU CONDICION MULTIDROGORESISTENTE COMPONENTE AFECTIVO EN EL C.S. FORTALEZA. LIMA PERÚ 2008**”. Se puede apreciar que del total de personas encuestadas 100% (20); un 50% (10) presentan sentimientos medianamente favorable acerca de la

TBC-MDR; mientras que un 25% (5) presentan sentimientos desfavorables y favorables.

El **componente afectivo** se refiere a las emociones o sentimientos ligados con el objeto de la actitud. Toda actitud comporta una carga emocional a favor o en contra de un objeto social, llamado sistema individual de aceptación-rechazo; vale decir el establecimiento de parámetros de evaluación afectiva del objeto social, que son propios de cada sujeto. Desde luego el afecto no necesariamente polarizado, sino que puede encontrarse a lo largo de todo un *continuum* que va desde lo positivo hasta lo negativo, incluyendo una serie de posiciones intermedias de evaluación. Los cambios en la vida personal y en la dinámica familiar del enfermo con TBC-MDR son sumamente importantes. Ya que inciden en el sufrimiento físico y emocional debido a las transformaciones objetivas de la vida cotidiana y a las subjetivas de las personas. El impacto emocional en los pacientes es grande; los sentimientos asociados son generalmente de rechazo, temor, angustia y depresión. Estando asociado a factores como desgano vital, indecisión, y autoculpabilidad (26).

En consecuencia podemos concluir que los pacientes de con TBC-MDR presentan sentimientos y/o emociones medianamente favorables haciendo que presenten actitudes de indiferencia hacia la enfermedad y por ende dificulten su recuperación por los cambios en su vida cotidiana y familiar que afrontan debido a su enfermedad. Siendo la angustia, y depresión los sentimientos que más influyen durante su tratamiento.

GRÁFICO Nº 5
ACTITUDES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS
HACIA SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORESISTENTE
COMPONENTE CONDUCTUAL EN EL
C.S. “FORTALEZA”
LIMA - PERÚ
2008



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes de ESNPYCTB del C.S. Fortaleza 2008

En el grafico Nº 5: **“ACTITUDES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORESISTENTE COMPONENTE CONDUCTUAL EN EL C.S. FORTALEZA. LIMA PERÚ. 2008”**. Se puede apreciar que del total de personas encuestadas 100% (20); un 45% (9) presentan conductas medianamente favorables y un 25% (5) presentan conductas favorables.

El componente conductual incorpora la disposición conductual del individuo a responder al objeto, se acepta generalmente que hay un lazo entre los componentes cognitivos particularmente las creencias que expresan cualidad deseable o indeseable, aceptable o inaceptable, etc., y la disposición a responder al objeto (comportamiento). Cualquier actitud contiene una preposición hacia la acción, hacia la manifestación de lo conocido y sentido con respecto al objeto social (Triandis, 1974). Es por eso que una actitud implica una predisposición pues necesariamente no se producirá una conducta excesiva de agrado o desagrado la manifestación de las actitudes no depende solamente del afecto y el conocimiento que se tenga del objeto, sino en gran medida de los factores contextuales y de la percepción de la situación misma por el individuo. El comportamiento que exhibe ante el objeto social estará condicionado también por otras características psicológicas del sujeto tales como su escala de valores, su estado motivacional y su propio estilo expresivo. Todas las variables citadas influirán en la percepción de situaciones y determinarán la puesta en marcha de la conducta.

Por lo tanto podemos concluir que al tener sentimientos medianamente favorables hacia su enfermedad sus conductas hacia ella también serán iguales ya que los sentimientos influyen de manera especial en las conductas que van a adoptar para con el cumplimiento y cuidados para con su enfermedad.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegó, luego de realizado el presente estudio son:

- Existe un porcentaje significativo de un 70% de los pacientes con Tuberculosis multidrogoresistente que tienen una actitud medianamente favorable o indiferencia hacia su condición de multidrogoresistente debido a que presentan actitudes medianamente favorables en el componente cognoscitivo, afectivo y conductual que repercuten en la intensidad de sus actitudes hacia su condición
- En relación al componente cognitivo un 45% presenta actitudes medianamente favorables en cuanto a conocimientos acerca de su enfermedad, tratamiento, alimentación, cuidados y reacciones adversas de los fármacos. Provocando ello una serie de dudas y temores haciendo que tales dudas influyan en el cumplimiento efectivo de su tratamiento; afectando de igual manera su entorno psicosocial.

- En relación al componente afectivo un 50% de pacientes presenta actitudes medianamente favorables en torno a sus sentimientos como: aceptación de la enfermedad, culpa, angustia y depresión. Aumentado ello aún más el cumplimiento y termino del tratamiento ya que los pacientes sienten que el tratamiento “no es fácil” y necesitan el apoyo del personal de salud para poder continuar con el.
- En cuanto al componente conductual un 45% de pacientes presenta actitudes medianamente favorables en relación a las conductas que demuestra para el cumplimiento del tratamiento. Y son las acciones que toma el paciente para con su enfermedad ya sea de cumplimiento o incumplimiento del mismo.
- Por lo expuesto, podemos deducir que la mayoría de los pacientes se encuentran en la etapa de la adolescencia, con un grado de educación primario haciendo que las actitudes que se formen afecten considerablemente en su recuperación

B. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del presente estudio son:

- Promover la creación de un consultorio psicológico para todos los pacientes de la ESNPYCTB.
- Realizar estudios de tipo cualitativo en los diferentes distritos de Lima, para profundizar en el tema y conocer diversas realidades.
- Incentivar a las (os) Licenciadas (os) en Enfermería a que prioricen la consejería como una estrategia que permita conocer al paciente con TBC-MDR y así brindarle una atención integral, debido a que este

paciente experimenta problemas psicosociales que lo pueden llevar a abandonar el tratamiento.

- Realizar visitas domiciliarias con mayor frecuencia ejecutadas prioritariamente por la Enfermera especialmente a los pacientes con TBC-MDR.

C. LIMITACIONES

La limitación del presente estudio está dado a que las conclusiones solo pueden ser generalizadas en la población de estudio y sólo son válidos para los pacientes con TBC-MDR del C.S. "Fortaleza".

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1), (24), (25), (26) MINSA-PROYECTO VIGÍA. "Vivir la TBC. Estudio socio antropológico de la TBC en dos zonas de alto riesgo en Lima: Cerro San Cosme y El Agustino". Estudio socio antropológico. Perú. 2001
- (2), (3), (4), (5), (6), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (16) MINSA. "Manejo de la tuberculosis. Capacitación para el personal Del establecimiento de salud". Manual de Capacitación. Perú. 2005.
- (7), (11) RAMÍREZ CARRASCAL, Henry. "Representaciones sociales del paciente MDR a la TBEP en el C.S. Conde de la Vega Baja". Tesis de Post Grado de Enfermería. Perú. 2002.
- (8) JAVE CASTILLO, Oswaldo. «La Tuberculosis Multirresistente». Informe final de Investigación. Perú. 2003.
- (9) TORRES URÍA, Margarita. "Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos

en sus niveles de depresión y soporte social”. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería. Perú.

(10)

ROJAS TELLO, Gladys. “Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en el C.S. Tablada de Lurin”. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería. Perú. 2005

(17), (18), (19), (20)

MINSA. “Norma Técnica de salud para el Control de la Tuberculosis”. Editorial Cartolon EIRL. Lima-Perú. 2006.

(21), (22)

WHITAKER, James O. Psicología. 4ta Ed., Edit. Interamericana. México. 1990.

(23)

www.oge.sld.pe/vigilancia/boletín.htm.

BIBLIOGRAFÍA

- JAVE Castillo, Oswaldo. “La Tuberculosis Multirresistente”. Informe Final de Investigación. Editado Foro Salud. Perú. 2003.
- MINSA-PROYECTO VIGÍA. “Vivir la TBC en dos zonas de alto riesgo en Lima: Cerro San Cosme y El Agustino”. Estudio socio antropológico. Edit. MINSA. Perú. 2001.
- MINSA. “Manejo de la tuberculosis. Capacitación para el personal del establecimiento de salud”. Manual de Capacitación. Edit. MINSA. Perú. 2005.
- MINSA. “Norma Técnica de salud para el Control de la Tuberculosis”. Edit. Cartolon EIRL. Lima-Perú. 2006
- JEAMMET, P. y Colaboradores. Psicología Médica. 2^{da} Edic., Edit. Masson. España. 1999.
- RAMÍREZ CARRASCAL, Henry. “Representaciones sociales del paciente MDR a la TBGP en el C.S. Conde de la Vega Baja”. Tesis de Post Grado de Enfermería. Perú. 2002

- ROJAS TELLO, Gladys. "Actitudes de la familia hacia el diagnostico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en el C.S. Tablada de Lurin". Tesis para optar al titulo profesional de Enfermería. Perú. 2005.
- TORRES URÍA, Margarita. "Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social". Tesis para optar al titulo profesional de Enfermería. Perú.
- WHITAKER, James. Psicología. 4^{ta} Edic., Edit. Interamericana. México. 1990.

INDICE DE ANEXOS

Anexo	Pág.
A Operacionalización de la Variable	I
B Instrumento	III
C Tabla de Concordancia	VI
D Validez del Instrumento	VII
E Calculo del Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach	IX
F Consentimiento Informado	X
G Matriz General	XI
J Medición de la Variable	XIII
K Sexo de los pacientes con TBC-MDR en el C.S. Fortaleza. Enero. 2008	XVI
L Estado Civil de los pacientes con TBC-MDR en el C.S. Fortaleza. Enero. 2008	XVII
M Hijos de los pacientes con TBC-MDR en el C.S. Fortaleza. Enero. 2008	XVII

N	Religión de los pacientes con TBC MDR en el C.S. Fortaleza. Enero.	XIX
O	Grado de Instrucción de los pacientes con TBC MDR En el C.S. Fortaleza. Enero. 2008	XX

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR FINAL
ACTITUD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA SU CONDICION DE MULTIDROGO RESIS-TENTE EN EL CENTRO DE SALUD	<p>La actitud representa la suma de todas las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, tendencias, ideas, miedos y convicciones de una persona sobre un tema específico, tienen tres componentes principales los cuales son el componente afectivo; cognitivo y conductual.</p> <p>Una actitud supone una predisposición de las persona para reaccionar frente a los objetos sociales del ambiente. Esta predisposición puede orientar y dirigir en parte su comportamiento.</p> <p>La Tuberculosis Multidrogo-resistente</p>	Componente cognitivo	<p>Conocimientos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedad ▪ Tratamiento ▪ Reacciones adversas ▪ Alimentación ▪ Cuidados 	<p>Respuestas afectivas; cognitivas y conductuales positivas o negativas del paciente con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistencia.</p>	Favorable
		Componente afectivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptación de la enfermedad ▪ Angustia ▪ Depresión ▪ Esperanza 		<p>Medianamente Favorable</p> <p>Desfavorable</p>

FORTALEZA	<p>(MDR TB) es una forma de Tuberculosis que es resistente a dos o más de las drogas primarias usadas para el tratamiento de la Tuberculosis.</p> <p>Para las personas con TBC MDR es difícil tolerar tanto los síntomas de la enfermedad como los efectos secundarios de los medicamentos, junto con la grave carga emocional de soportar esta enfermedad contagiosa que constituye una amenaza para la vida. Las personas mas afectadas viven en áreas de privación socioeconómica, lo que aumenta el estrés de aquellos que necesitan tratamiento.</p>	Componente conductual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relaciones interpersonales ▪ Tratamiento ▪ Medidas preventivas ▪ Relaciones familiares 		
-----------	---	-----------------------	---	--	--

ANEXO B
INSTRUMENTO
ESCALA LIKERT

I. Introducción

- ♦ Buenos días mi nombre es Edson Bravo, soy alumno de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de la E.A.P. Enfermería; y en esta oportunidad le presento a Ud. una encuesta que constituye parte de un estudio de investigación cuyo objetivo es: “Determinar las actitudes de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente” . Por lo cual solicito su colaboración para contestar sinceramente las preguntas que siguen a continuación.

Le agradezco de antemano su colaboración, garantizándole que la información brindada se mantendrá en estricta reserva.

II. Datos Generales

1. Sexo: a) Masculino ☐ b) Femenino ☐
2. Edad: a) 15 – 19 ☐ b) 20 – 49 ☐ c) 50 – 60 ☐
3. Estado civil: a) Soltero ☐ b) Casado ☐ c) Viudo ☐ d) Divorciado ☐
4. Hijos: a) Si ☐ b) No ☐
5. Religión: a) Católica ☐ b) Cristiana ☐ c) Evangélica ☐
d) Otros ☐ especifique:
6. Grado de instrucción: a) Primaria ☐ b) Secundaria ☐ c) Superior ☐
d) Otros ☐
7. Ocupación:.....
8. Meses de tratamiento:.....
9. Esquema de tratamiento: a) Estandarizado ☐ b) Individualizado ☐
c) Empírico ☐ d) No lo recuerdo ☐

III. Información Específica

Instrucciones

Lea detenidamente cada una de los ítems que se le presentan a continuación.
 Marque con una cruz (+) o una equis (x) la respuesta que usted crea correcta,
 por cada ítem hay 5 posibilidades de respuesta, elija una de ellas:

TOTALMENTE DE ACUERDO.....TA
 DE ACUERDO.....A
 INDECISO.....I
 DESACUERDO.....DA
 TOTALMENTE EN DESACUERDO.....TD

	Nº	ÍTEMS	TA	A	I	D	TD
COMPONENTE COGNITIVO							
+	10 ^º	El descanso y una buena alimentación permitirá que me cure más rápido					
-	11 ^º	La alimentación o el descanso influye ligeramente en mejoría					
+	12 ^º	Tomo las pastillas todos los días y a una misma hora en el centro de salud					
-	13 ^º	Los medicamentos me los entrega la enfermera y lo debo tomar en ayunas					
+	14 ^º	El tratamiento es efectivo cuando lo termino completamente					
-	15 ^º	Si me siento mejor ya no es necesario que continúe con el tratamiento					
COMPONENTE AFECTIVO							
+	16 ^º	Pienso que es importante enseñar a otros acerca de los síntomas iniciales de la TBC					
-	17 ^º	Me resulta difícil hablar sobre mi enfermedad con otras personas					
+	18 ^º	Hay momentos en los que me he sentido solo (a) y nadie me apoya para seguir con mi tratamiento					
-	19 ^º	Siento que hay muchas personas que me quieren y aprecian en estos momentos					
+	20 ^º	Confío en que el tratamiento que estoy siguiendo me curara					
-	21 ^º	Este tratamiento me origina muchas molestias y nada de mejoría					
+	22 ^º	Pienso que tanto tiempo de recibir medicamentos dará resultados y me curare					

-	23 ^a	Me parece que el tiempo de tratamiento es demasiado prolongado y solo siento poca mejoría.					
+	24 ^a	Confío que dentro de un tiempo más cuando termine el tratamiento, con mi esfuerzo todo estará bien					
-	25 ^a	Pienso que la enfermedad es más fuerte que yo y me llegara a vencer					
COMPONENTE CONDUCTUAL							
+	26 ^a	El personal de salud con sus orientaciones me apoyan para seguir con el tratamiento					
-	27 ^a	Me interesa poco que la enfermera me supervise a la hora de tomar las medicina					
+	28 ^a	He decidido culminar todo el tratamiento para poder sanarme					
-	29 ^a	Hay días en los que dejo de tomar todas las pastillas por que me dan "asco"					
+	30 ^a	Siento que es importante el apoyo de mi familia y demás personas en mi recuperación					
-	31 ^a	He llegado a pensar que es innecesario informar a mi familia de mi situación					
+	32 ^a	En las actividades grupales programadas por el centro de salud aprendo de los otros pacientes para poder curarme.					
-	33 ^a	Es una perdida de tiempo asistir a las a las actividades grupales en el centro de salud					
+	34 ^a	Siempre soy perseverante para continuar con mi tratamiento					
-	35 ^a	En algún momento he pensado en abandonar el tratamiento					

ANEXO C
TABLA DE CONCORDANCIA
PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

Nº de preguntas	Nº de Jueces Expertos								p
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004.
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3. La estructura del instrumento es adecuado.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6. Los ítems son claros y entendibles.	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	0	1	1	1	0.035

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

ANEXO D

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez, se solicitó la opinión de jueces expertos, además de la Tabla de Correlación del Coeficiente de R-Pearson.

Coeficiente de correlación R de Pearson: Correlación ítem - test

$$R_{xy} = \frac{N\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{(N\sum x^2 - (\sum x)^2)(N\sum y^2 - (\sum y)^2)}$$

Donde:

N: Tamaño del conjunto x e y

$\sum x$: sumatoria de puntajes simples de la variable x

$\sum y$: Sumatoria de puntajes simples de la variable y

$\sum y^2$: sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable y

$\sum x^2$: sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable x

Rxy: coeficiente de regresión el conjunto x é y

Este coeficiente permitió conocer la validez de cada ítem, como se muestra en el siguiente cuadro:

VARIABLE ACTITUDES DE LOS PACIENTES

N° de Ítem	R. de Pearson	N° de Ítem	R. de Pearson
10	0,957	23	0,932
11	0,247	24	0,930
12	0,718	25	0,147
13	0,567	26	0,718
14	0,812	27	0,506
15	0,718	28	0,249
16	0,200	29	0,277
17	0,725	30	0,284

18	0,274	31	0,127
19	0,296	32	0,718
20	0,949	33	0,957
21	0,949	34	0,754
22	0,370	35	0,500

Para que exista validez, $r > 0,20$. Por lo tanto este instrumento para la medición de las Actitudes es válido en cada uno de sus ítems.

ANEXO E
CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD
ALFA-CRONBACH

PROCEDIMIENTO

Sobre la base de la varianza de los items, aplicando la siguiente fórmula:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum s^2_i}{s^2_T} \right)$$

Donde:

N es el número de items de la escala

$\sum s^2$ es la sumatoria de las varianzas de los ítems

s^2_x es la varianza de toda la escala

$$\alpha = \left(\frac{26}{25} \right) \left(1 - \frac{15.916}{72.095} \right) = 1.04 (0.779) = 0.81016$$

$$\alpha = 0.81$$

$\alpha \geq 0.60$ instrumento confiable

ANEXO F

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “**ACTITUD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA SU CONDICION DE MULTIDROGORRESISTENTE**”, habiendo sido informada (o) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confidencialidad.

Firma.....

DNI

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada joven usuaria (o):

La investigación o el estudio para la cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con Ud. a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de mejorar la situación existente y no le perjudicaran en lo absoluto.

Atte.

.....
Edson Bravo Chaupis
AUTOR DEL ESTUDIO

ANEXO G
MATRIZ GENERAL

Nº Pacientes	ÍTEMS																																			Σ
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35										
1	5	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	2	4	4	5	4	4	97									
2	5	4	4	4	5	4	4	3	3	4	5	5	5	3	4	4	4	3	3	3	4	5	4	5	4	2	98									
3	4	2	4	3	4	4	5	2	4	2	3	3	4	2	3	5	4	2	4	3	4	3	4	4	3	2	83									
4	5	1	5	5	5	5	5	3	4	2	5	5	5	5	5	5	5	2	5	1	5	5	5	5	5	2	105									
5	5	1	5	4	5	5	5	4	5	3	5	5	1	4	4	5	5	3	5	3	5	2	5	5	3	3	100									
6	5	1	5	3	5	5	5	3	5	2	5	5	5	4	4	5	5	3	4	3	5	2	5	5	5	4	103									
7	5	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	2	4	4	5	4	4	97									
8	5	4	4	4	5	4	4	3	3	4	5	5	5	3	4	4	4	3	3	3	4	5	4	5	4	2	98									
9	4	2	4	3	4	4	5	2	4	2	3	3	4	2	3	5	4	2	4	3	4	3	4	4	3	2	83									
10	4	2	4	3	4	4	5	2	4	2	3	3	4	2	3	5	4	2	4	3	4	3	4	4	3	2	83									
11	5	1	5	4	5	5	5	4	5	3	5	5	1	4	4	5	5	3	5	3	5	2	5	5	3	3	100									
12	5	1	5	3	5	5	5	3	5	2	5	5	5	4	4	5	5	3	4	3	5	2	5	5	5	4	103									
13	5	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	2	4	4	5	4	4	97									

14	5	4	4	4	5	4	4	3	3	4	5	5	5	3	4	4	4	3	3	3	4	5	4	5	4	2	98
15	4	2	4	3	4	4	5	2	4	2	3	3	4	2	3	5	4	2	4	3	4	3	4	4	3	2	83
16	5	1	5	5	5	5	5	3	4	2	5	5	5	5	5	5	5	2	5	1	5	5	5	5	5	2	105
17	5	1	5	4	5	5	5	4	5	3	5	5	1	4	4	5	5	3	5	3	5	2	5	5	3	3	100
18	5	1	5	3	5	5	5	3	5	2	5	5	5	4	4	5	5	3	4	3	5	2	5	5	5	4	103
19	4	2	4	3	4	4	5	2	4	2	3	3	4	2	3	5	4	2	4	3	4	3	4	4	3	2	83
20	4	2	4	3	4	4	5	2	4	2	3	3	4	2	3	5	4	2	4	3	4	3	4	4	3	2	83

ANEXO J

MEDICIÓN DE LA VARIABLE

Para la medición de las actitudes de los pacientes hacia su condición multidrogoresistente se utilizó la campana de GAUSS, usando la constante 0.75 se pudo determinar 3 valores: FAVORABLE; MEDIANAMENTE FAVORABLE y DESFAVORABLE

Procedimiento:

ACTITUDES DE LOS PACIENTES

Procedimiento:

1. Se determina el promedio (\bar{X})

$$\bar{X} = 99.8$$

2. Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS = 14.45$$

3. Se establecieron los valores de a y b:

$$a = X - 0.75 (DS) \qquad b = X + 0.75 (DS)$$

$$a = 93 \qquad b = 106$$

Desfavorable = menos de 93

Medianamente Favorable = entre 93 y 106

Favorable = más de 106

COMPONENTE COGNITIVO

Procedimiento:

1. Se determinó el Promedio (\bar{X})
 $\bar{X} = 23.5$
2. Se calculó la desviación estándar (DS)
 $DS = 2.09$
3. Se establecieron los valores de a y b:
 $a = X - 0.75 (DS)$ $b = X + 0.75 (DS)$
 $a = 22$ $b = 25$

Desfavorable = menos de 22

Medianamente Favorable = entre 22 y 25

Favorable = más de 25

COMPONENTE AFECTIVO

Procedimiento:

1. Se determinó el Promedio (\bar{X})
 $\bar{X} = 39.05$
2. Se calculó la desviación estándar (DS)
 $DS = 4.24$
3. Se establecieron los valores de a y b:
 $a = X - 0.75 (DS)$ $b = X + 0.75 (DS)$
 $a = 36$ $b = 42$

Desfavorables = menos de 36

Medianamente Favorable = entre 36 y 42

Favorable = más de 42

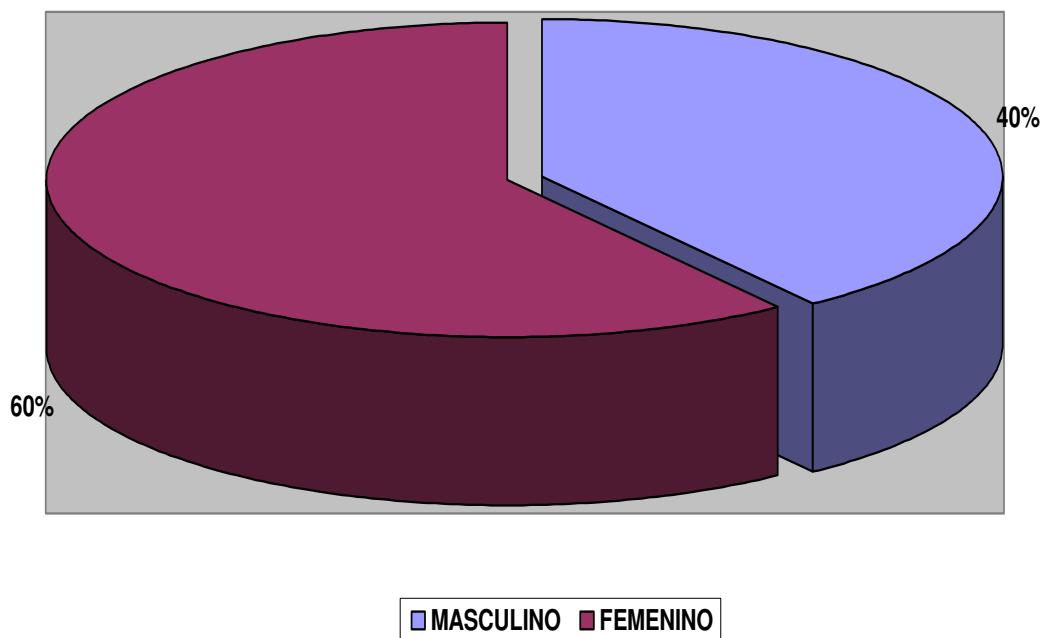
COMPONENTE CONDUCTUAL

Procedimiento:

1. Se determinó el Promedio (\bar{X})
 $\bar{X} = 37.3$
2. Se calculó la desviación estándar (DS)
 $DS = 3.11$
3. Se establecieron los valores de a y b:
 $a = X - 0.75 (DS)$ $b = X + 0.75 (DS)$
 $a = 35$ $b = 40$

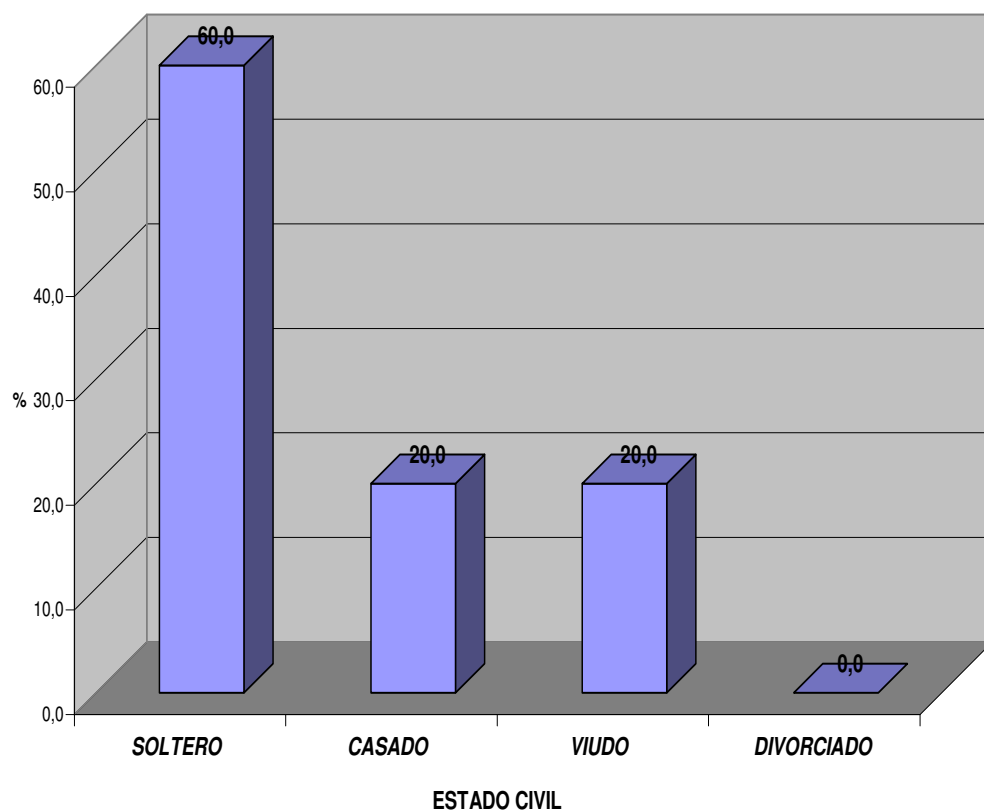
Desfavorable	= menos de 35
Medianamente Favorable	= entre 35 y 40
Favorable	= más de 40

ANEXO K
SEXO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS
MULTIDROGORESISTENTE EN EL
C.S. FORTALEZA ENERO
LIMA - PERÚ
2008



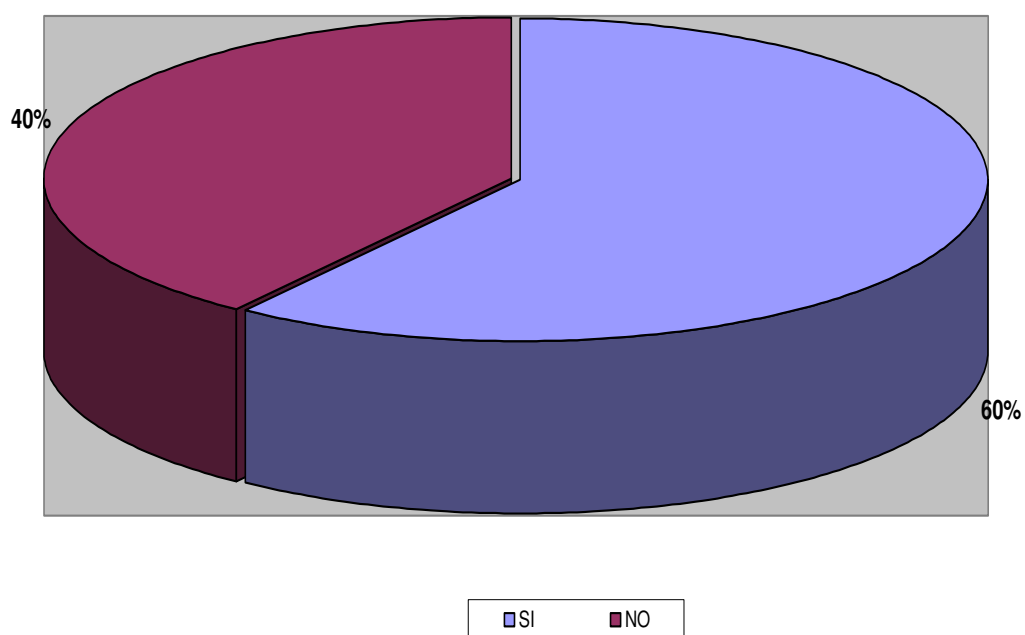
Fuente: Instrumento aplicado a pacientes de ESN-PCT del C.S. Fortaleza 2008

ANEXO L
ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS
MULTIDROGORESISTENTE EN EL
C.S. FORTALEZA ENERO
LIMA - PERÚ
2008



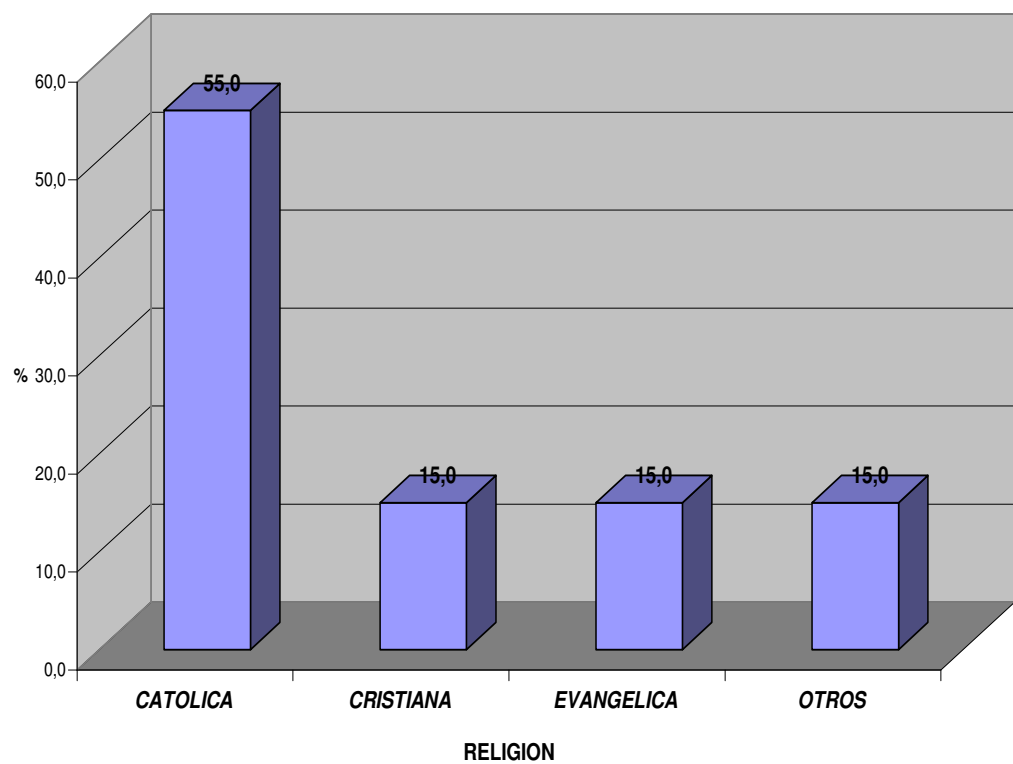
Fuente: Instrumento aplicado a pacientes de ESN-PCT del C.S. Fortaleza 2008

ANEXO M
HIJOS DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS
MULTIDROGORESISTENTE EN EL
C.S. FORTALEZA ENERO
LIMA - PERÚ
2008



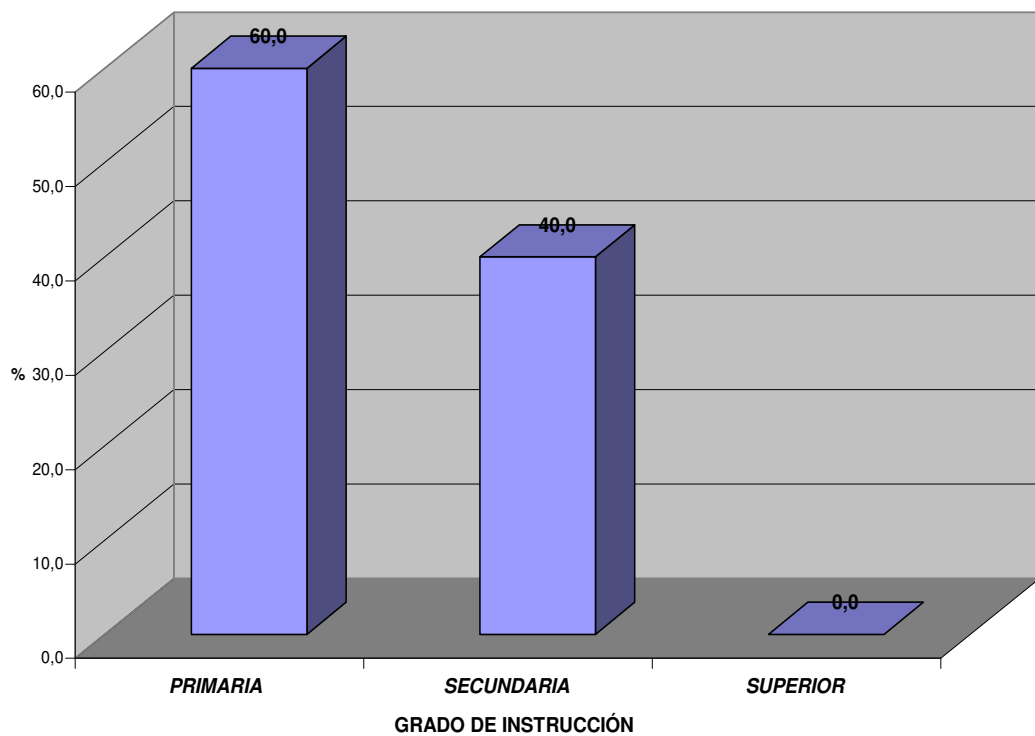
Fuente: Instrumento aplicado a pacientes de ESN-PCT del C.S. Fortaleza 2008

ANEXO N
RELIGIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS
MULTIDROGORESISTENTE EN EL
C.S. FORTALEZA ENERO
LIMA - PERÚ
2008



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes de ESN-PCT del C.S. Fortaleza 2008

ANEXO O
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE
EN EL C.S. FORTALEZA ENERO
LIMA - PERÚ
2008



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes de ESN-PCT del C.S. Fortaleza 2008